

Die
Preussische Gebühren-Ordnung
für
approbirte Aerzte und Zahnärzte

vom 15. Mai 1896.

Für die Bedürfnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Praxis

erläutert von

A. Joachim, **und** **Dr. H. Joachim,**
Rechtsanwalt am Kammergericht prakt. Arzt

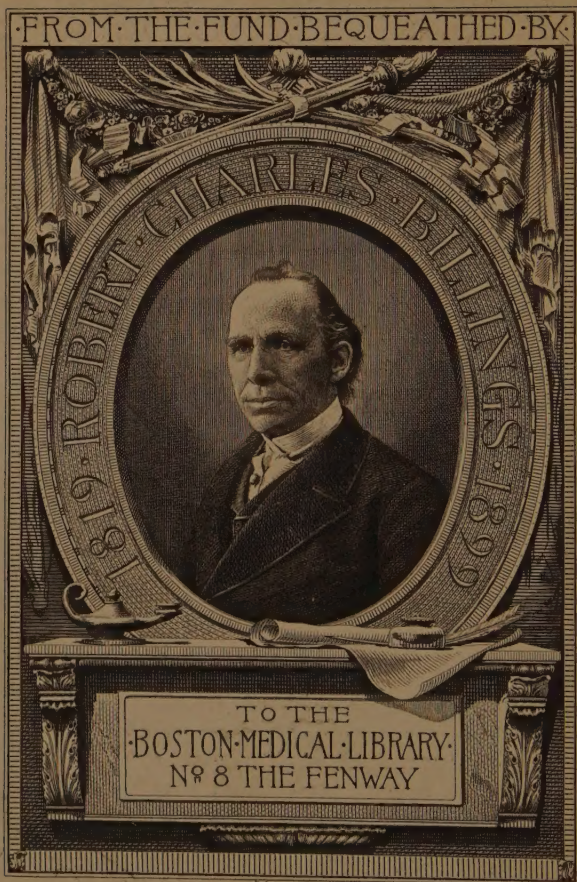
ANHANG:

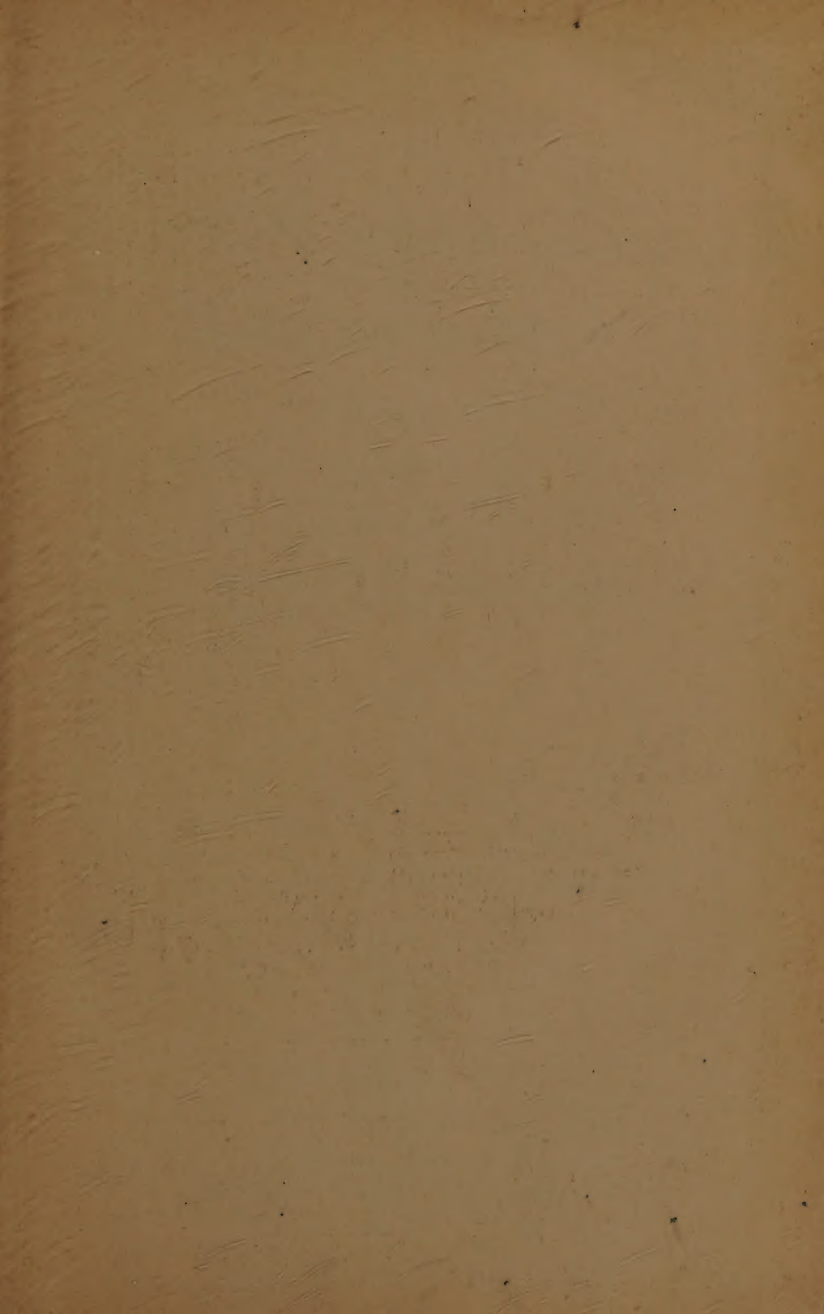
- A. Das Gebührengesetz vom 9. März 1872.
- B. Gerichtliche Geltendmachung des Honorars (nebst Formularen).
- C. Praktische Beispiele für die Bemessung der Gebühren.



Berlin W. 35
VERLAG VON OSCAR COBLENTZ
1897.

LB 11805
Med.





Die
Preussische Gebühren - Ordnung
für
approbirte Aerzte und Zahnärzte

vom 15. Mai 1896.

Für die Bedürfnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Praxis

erläutert von

A. Joachim,
Rechtsanwalt am Kammergericht

und

Dr. H. Joachim,
prakt. Arzt.

ANHANG:

- A. Das Gebührengesetz vom 9. März 1872.
- B. Gerichtliche Geltendmachung des Honorars (nebst Formularen).
- C. Praktische Beispiele für die Bemessung der Gebühren.

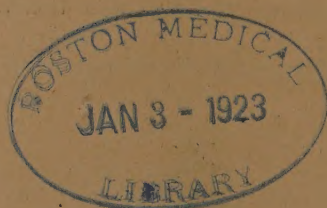


Berlin W. 35
VERLAG VON OSCAR COBLENTZ
1897.

19950 Bi

Alle Rechte vorbehalten.

1. P. 136.



Vorwort.

Die nachstehende Erläuterung ist in erster Reihe für die Bedürfnisse der ärztlichen und zahnärztlichen Praxis bestimmt; sie soll dem Praktiker als Wegweiser für die Aufstellung seiner Liquidationen dienen, indem sie das Verständniss der Bestimmungen der Gebührenordnung vermittelt, vorhandene Zweifel zu lösen sucht und den Zusammenhang der einzelnen Theile beleuchtet.

Die Natur der behandelten Materie bringt es mit sich, dass zur sachgemässen Anwendung der Gebührenordnung neben der Entstehungsgeschichte sowohl eine vollständige Vertrautheit mit den Vorwissen der ärztlichen Praxis, als auch das Verständniss und die richtige Würdigung einer grossen Reihe von gesetzlichen Bestimmungen und Rechtsätzen erforderlich ist; daraus ergiebt sich die Nothwendigkeit gemeinsamer und sich ergänzender Arbeit eines ärztlichen und juristischen Praktikers, wenn die Commentirung eine vollständige und brauchbare werden soll.

Bei der Bearbeitung des juristischen Theils ist überall die Verständlichkeit und Verwendbarkeit für den Arzt in den Vordergrund gestellt; die Verfasser sind daher bemüht gewesen, eine von allen juristisch-technischen Ausdrücken absehende, gemeinverständ-

liche Sprache zu wählen und die in Betracht kommenden Rechtssätze mit Begründung ihrer Ansichten ausführlich zu entwickeln. Dabei ist ausser dem jetzt geltenden Rechte auch das am 1. Januar 1900 in Kraft tretende Bürgerliche Gesetzbuch für das deutsche Reich berücksichtigt worden.

Als nothwendige Ergänzung der Gebührenordnung sind die gesetzlichen Bestimmungen über die Vergütung der dem Arzte von Behörden und Gerichten übertragenen Geschäfte beigegeben. Ebenso erschien es zweckmässig, im Zusammenhang mit der Gebührenordnung dem Arzte die Wege zur gerichtlichen Geltendmachung seiner Forderungen unter Mittheilung von Formularen zu zeigen. Schliesslich dürfte die beigelegte Sammlung von Beispielen, welche den Vorkommnissen der ärztlichen Praxis angepasst sind, geeignet sein, den Arzt in die Gebührenordnung einzuführen und ihm die Aufstellung seiner Liquidation zu erleichtern.

Diese den Bedürfnissen der ärztlichen Praxis angepasste Form der Bearbeitung hat nirgends eine juristisch-wissenschaftliche Durchdringung und Erörterung des Stoffes gehindert; die Verfasser dürfen deswegen hoffen, dass ihre Arbeit sich auch für die juristische Praxis brauchbar erweisen werde.

Berlin, im Dezember 1896.

Die Verfasser.

Inhaltsverzeichniss.

	Seite
Einleitung	1
Gebührenordnung für approbirte Aerzte und Zahnärzte	
Zur Ueberschrift	5
1. Princip des § 80 Gewerbeordnung	5
2. Zuständigkeit des Ministers	6
3. Oertliches Anwendungsgebiet der Geb.-O.	7
4. Ausscheidung der Amtsgeschäfte	7
I. Allgemeine Bestimmungen	9
§ 1. Voraussetzungen der Anwendbarkeit der Geb.-O.	9
1. Approbirter Arzt	10
2. Spezialisten und ärztliche Autoritäten	11
3. Approbirter Zahnarzt	12
4. Berufsmässige Leistung	12
5. Vereinbarung des Honorars	13
6. Verwendbarkeit der früheren Ministerial-rescripte	16
§ 2. Anwendung der Minimalsätze	16
1. Der Zahlungspflichtige	17
2. Die niedrigsten Sätze	22
3. Nachweisbar Unbemittelte	22
4. Armenverbände	25
5. Staatsfonds	27
6. Milde Stiftungen	28
7. Knappschaftskassen.	29
8. Arbeiterkrankenkassen.	29
9. Erhöhung der Mindestgebühr rechtfertigende Umstände	30
§ 3. Grundsätze für Bemessung der Gebühr.	33
1. Einhaltung der Grenzen.	33
2. Die besonderen Umstände des Falles	33
3. Die Beschaffenheit und Schwierigkeit der Leistung	34
4. Die Vermögenslage des Zahlungspflichtigen	35
5. Die örtlichen Verhältnisse	35
6. Anderweitige Schätzungsmomente	36
7. Bemessung der Gebühr	37

§ 4. Ergänzung der Gebühr für fehlende Ansätze	38
1. Begriff der Verrichtung	39
2. Einschränkung der analogen Anwendung	40
3. Gebiet der analogen Anwendung	40
4. Aehnliche Leistungen	41
§ 5. Zeitpunkt des Inkrafttretens der Geb.-O.	41
1. Uebergangsbestimmungen	41
II. Gebühren für approbirte Aerzte.	
A. Allgemeine Verrichtungen (No. 1—43) . . .	42
B. Besondere Verrichtungen	89
Wundärztliche Verrichtungen (No. 44—117) .	89
Augenärztliche Verrichtungen (No. 118—138)	110
Geburtshülflche und gynäkologische Ver-	
richtungen (No. 139—163)	112
III. Gebühren für approbirte Zahnärzte	
(No. 1—22)	124

Anhang.

A. Gesetz vom 9. März 1872 betr. die den Medicinal-	
beamten für die Besorgung gerichtsarztlicher, me-	
dicinal- oder sanitätspolizeilicher Geschäfte zu ge-	
währenden Vergütungen mit Verordnung vom 17.	
September 1876	133
B. Gerichtliche Geltendmachung des Honor-	
ars (nebst Formularen)	139
I. Die Anstrengung eines Prozesses.	
1. Das Mahnverfahren	139
2. Das gewöhnliche Prozessverfahren . . .	143
II. Die Zwangsvollstreckung	147
III. Die Anmeldung der Honorarforderung im	
Concurse	148
IV. Die Verjährung des Honoraranspruchs . . .	152
C. Praktische Beispiele für die Bemessung	
der Gebühren	153

Litteratur.

- Foerster, Die preuss. Gebührenordnung für approbirte Aerzte und Zahnärzte.
- Borntraeger, Die preuss. Gebührenordnung für approbirte Aerzte und Zahnärzte.
- Joachim, Die neue Preussische Medizinaltaxe historisch entwickelt. 2. Aufl.
- Roenne u. Simon, Das Medizinalwesen d. preuss. Staates. Theil II.
- Pistor, Das Gesundheitswesen in Preussen. Bd. I.
- Reatz, Die zweite Lesung des Entwurfs d. Bürgerlichen Gesetzbuchs.
- Blätter für Rechtspflege im Bezirk d. Kammergerichts, herausg. von Perl u. Wreschner.
- Bolze, Praxis des Reichsgerichts.
- Entscheidungen des Reichs-Oberhandelsgerichts.
- Entscheidungen des Obertribunals.
- Striethorst, Archiv f. d. Entsch. d. Obertribunals.

Zu berichtigen:

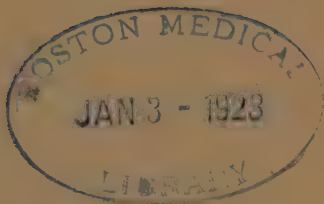
S. 4 am Schluss ist hinzuzufügen:

Die Principien zu 1. und 5. gelten auch für die
zahnärztlichen Leistungen, nicht jedoch auch die
zu 2. u. 4.

S. 30 Zeile 14 von unten „Arbeitgeber“ statt „Arbeit-
nehmer“.

S. 37 Zeile 8 von unten „Reatz“ statt „Raetz“.

S. 48 Zeile 4 von oben „5—20 M.“ statt „5—20“.



Einleitung.

Nachdem durch die Entscheidung des ehemaligen Preussischen Ober-Tribunals vom 17. März 1873¹⁾ festgestellt war, dass die preussische Taxe für Medicinalpersonen vom 21. Juni 1815 durch die Reichs-Gewerbeordnung als aufgehoben nicht erachtet werden könne, war das Bestreben der verschiedensten ärztlichen Vereinigungen und Corporationen darauf gerichtet, bei dem Minister der Medicinal-Angelegenheiten eine Abänderung dieser längst veralteten Taxbestimmungen zu erwirken.²⁾ Diese Bestrebungen führten nach vielen vergeblichen Versuchen zur Ausarbeitung eines Gebührenentwurfes, der im Frühjahr 1895 den Aerztekammern zur Begutachtung vorgelegt wurde. Die Erörterung dieses Entwurfs in den

¹⁾ Entscheidungen des Kgl. Ober-Tribunals, Bd. 69, Seite 165 und Striethorst, Archiv für Rechtsfälle, Bd. 90, Seite 101.

²⁾ In Bezug auf Einzelheiten sei hier auf die ausführliche Darstellung des Gegenstandes bei Joachim, Die neue preussische Medicinaltaxe historisch entwickelt, II. Aufl., Berlin 1896, verwiesen.

Aerztekammern führte zwar zu einer Reihe von Abänderungsvorschlägen, dieselben sind jedoch in der endgültigen Fassung der Gebührenordnung nur zum Theil berücksichtigt worden. Um zunächst freie Bahn für den Erlass einer neuen Gebührenordnung zu gewinnen, war es nothwendig, die verschiedenen im Königreich Preussen gültigen Taxen und Medicinalordnungen, die theilweise durch Gesetz eingeführt waren, ausser Kraft zu setzen. Dies geschah durch das Gesetz³⁾ betreffend die Aufhebung der im Gebiete der Monarchie bestehenden Taxordnungen für approbirte Aerzte und Zahnärzte vom 27. April 1896, dessen einziger Artikel folgendermassen lautet:

Die in den einzelnen Gebietstheilen der Monarchie bestehenden Taxordnungen für approbirte Aerzte und Zahnärzte, namentlich die bezüglichen Bestimmungen

des Edikts, betreffend die Einführung einer neu revidirten Taxe für die Medicinalpersonen, vom 21. Juni 1815 (Gesetz-Sammlung S. 109) in den älteren Provinzen,

des Gesetzes wegen Einführung einer allgemeinen Taxe für die Medicinalpersonen vom 21. Januar 1835 (Hannov. Gesetz-Samml. I S. 21) nebst Nachtragsgesetz vom 22. April 1844 (Hannov. Gesetz-Samml. I S. 89) in der Provinz Hannover,

³⁾ Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preussischen Staaten 1896, No. 11 S. 90.

des Patents, betreffend die Erlassung einer Taxe für die den Aerzten und Wundärzten zu entrichtende Vergütung für ihre ärztlichen und wundärztlichen Bemühungen, vom 1. December 1820 (Chronol. Samml. der Verord. für die Herzogthümer Schleswig und Holstein 1820 S. 164) in der Provinz Schleswig-Holstein, der Medicinalordnung für die freie Stadt Frankfurt und deren Gebiet von 29. Juli 1848 (Gesetz- und Statuten-Sammlung der freien Stadt Frankfurt Bd. VII S. 231 bis 315), der Medicinaltaxordnung vom 1. Juli 1828 (Sigmaringen. Gesetz-Samml. Bd. III S. 80 u. ff.) in den Hohenzollernschen Landen, nebst den dazu ergangenen Ergänzungs- und Ausführungsbestimmungen werden mit dem 1. Januar 1897 aufgehoben.

Für die Zeit vom 1. Januar 1897 ab wurde sodann vom Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten die neue Gebührenordnung für approbirte Aerzte und Zahnärzte unter dem 15. Mai 1896 erlassen und durch den Deutschen Reichs- und Königlich Preussischen Staats-Anzeiger vom 19. Mai 1896 veröffentlicht.

Dieser Gebührenordnung sind folgende Principien zu Grunde gelegt:

1. Für jede Leistung sind Mindest- und Höchstsätze ausgeworfen, innerhalb deren die Bestimmung der Gebühr für den einzelnen Fall nach gewissen Normen (§ 3) festzustellen ist. Ausnahmsweise ist für bestimmte Cate-

gorien von Fällen ein Einheitssatz, nämlich die Mindestgebühr, in Anwendung zu bringen (§ 2).

2. Für jede einzelne Leistung (Besuch, Berathung, technische Verrichtung) darf der Arzt, mit zwei Ausnahmen (No. 5 und 6), besonders liquidiren.
 3. Eine Erhöhung der Gebühr tritt ein, wenn die ärztliche Hilfe zu einer bestimmten Tageszeit (auch sofort) oder bei Nacht gefordert resp. geleistet wird.
 4. Grössere Zeitversäumniss oder Zurücklegung von grösseren Wegen berechtigen zu besonderer Entschädigung.
 5. Die Mindestgebühr für eine Leistung ist eine Mark.
-

Bekanntmachung,

betreffend

den Erlass einer Gebührenordnung für approbirte
Aerzte und Zahnärzte.

Auf Grund des § 80 der Gewerbeordnung für das Deutsche Reich (Reichsgesetzblatt 1883, Seite 177 ff.)¹⁾ setze ich²⁾ hierdurch Folgendes fest:³⁾ ⁴⁾

1) Prinzip des § 80 Gew.-O. Die massgebenden Grundsätze für die Bezahlung der ärztlichen Dienste enthält der § 80 der Gewerbeordnung, dessen Absatz 2 dahin lautet:

Die Bezahlung der approbirten Aerzte u. s. w. (§ 29 Abs. 1) bleibt der Vereinbarung überlassen. Als Norm für streitige Fälle im Mangel einer Vereinbarung können jedoch für dieselben Taxen von den Centralbehörden festgesetzt werden.

Die Taxe ist daher nur eine Norm für streitige Fälle; sie wird erst dann massgebend, wenn eine Vereinbarung über die Höhe des Honorars nicht stattgefunden hat und ein Streit darüber entstanden ist; bei der Entscheidung dieses Streites soll die Taxe dem Richter die Norm bieten, nach der er die Höhe des Honorars für die, an sich einen bestimmten Geldwerth nicht darstellenden ärztlichen Leistungen festzustellen hat. Nur für diesen einen Fall enthält die Taxe zwingendes Recht, dessen Anwendung erfolgen muss. Vorher ist es dem Arzte unbenommen, das

Honorar ganz nach seinem Ermessen zu fordern und damit eine Vereinbarung über das Honorar anzubahnen (§ 1 Note 5); er ist dabei an die Taxe nicht gebunden. Vernünftigerweise aber wird der Arzt seiner Liquidation die Taxe in der Regel zu Grunde legen, um einen späteren Streit und die Nothwendigkeit der Einklagung zu vermeiden; und hierin liegt das Moment, welches der Taxe eine, über ihren unmittelbaren gesetzlichen Zweck hinausgehende, praktische Bedeutung verleiht, und die Taxe zu einer Gebührenordnung erhebt. Auf die ärztliche Liquidation kann aber niemals und unter keinen Umständen (wie Bornträger Gebührenordnung, Einleitung und S. 50 meint) die Bestimmung des § 148 No. 8 der Gewerbeordnung Anwendung finden, welche die Ueberschreitung der von der Obrigkeit vorgeschriebenen oder genehmigten Taxe mit Strafe belegt; eine Taxe im Sinne dieser Strafbestimmung ist die Taxe des § 80 nicht; die Folge einer Ueberschreitung kann immer nur die Aberkennung des die Taxe überschreitenden Theils des Liquidationsbetrages sein, falls es zum Prozess kommt, und eine Vereinbarung nicht nachgewiesen werden kann.

Nur in diesen beschränkten Grenzen gestattet die Gewerbeordnung den Erlass einer sog. Gebührenordnung; jede Abweichung von dem Prinzip der Gewerbeordnung wäre ungiltig. Die preussische Gebührenordnung bestimmt deshalb im § 1 die Voraussetzungen ihrer Anwendung genau nach der Vorschrift des § 80 der Gewerbeordnung.

2) **Zuständigkeit des Ministers.** In Uebereinstimmung mit § 80 der Gewerbeordnung ist die preussische Gebührenordnung nicht durch Landesgesetz, sondern durch Verordnung des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten erlassen, der in Preussen die Centralbehörde für die Medicinal-Angelegenheiten darstellt. Derselbe Minister wird auch im Bedarfsfalle für etwaige Aenderungen und Ergänzungen der Taxe oder für authentische Erklärungen solcher Stellen, deren Auslegung zweifelhaft ist, zuständig sein. Solche Ergänzungen werden ins-

besondere dann erforderlich werden, wenn für Verrichtungen, für welche die Taxe eine besondere Gebühr nicht auswirft, auch bei Anwendung des § 4 eine Gebühr nicht gefunden werden kann.

3) **Oertliches Anwendungsgebiet.** Die Gebührenordnung gilt für den ganzen Umfang der preussischen Monarchie, weil der verordnende Minister Medicinalminister für ganz Preussen ist, und eine Beschränkung der Geltung auf einzelne preussische Landestheile nicht ausgesprochen hat.

Demnach ist die Gebührenordnung, die ja nur eine dem Richter gegebene Norm für die Schätzung geleisteter ärztlicher Dienste ist, von sämtlichen preussischen Gerichten zur Anwendung zu bringen, es sei denn, dass die Umstände klar erkennen lassen, dass die Parteien bei Leistung und Empfang der Dienste an eine Bezahlung nach der preussischen Taxe garnicht gedacht haben können z. B. wenn ein Münchener sich in München von einem Münchener Arzt behandeln lässt, aber später seinen Wohnsitz nach Berlin verlegt und deshalb vor dem Berliner Gericht verklagt wird.

4) **Ausscheidung der Amtsgeschäfte.** Die Anwendbarkeit der Gebührenordnung bedarf noch einer Einschränkung.

Die Medicinal-Taxe von 1815 enthält im Abschnitt V besondere Taxbestimmungen für die gerichtlichen Aerzte und Wundärzte; diese Bestimmungen sind jedoch ersetzt worden durch das Gesetz betreffend die den Medicinalbeamten für die Besorgung gerichtsarztlicher, medicinal- oder sanitätpolizeilicher Geschäfte zu gewährenden Vergütungen, vom 9. März 1872 (Ges.-Samml. 1872 S. 265) und die, die §§ 2 und 5 jenes Gesetzes abändernde Königl. Verordnung vom 17. September 1876 (G.-S. 1876 S. 44).

Durch das in der Einleitung mitgetheilte Aufhebungsgesetz vom 27. April 1896 ist, wie sich insbesondere auch aus der ausdrücklichen Erklärung der Motive ergibt, das Gesetz vom 9. März 1872 nicht aufgehoben; die Gebührenordnung enthält auch keinen, jenes Gesetz ersetzenden Abschnitt über die Vergütung gerichtsarztlicher, medicinal- oder

sanitätspolizeilicher Dienste, und hat auch jenes Gesetz garnicht beseitigen wollen. Letzteres ist auch im Wesentlichen garnicht bestimmt, eine Norm im Sinne des § 80 Gew.-O. zu bilden, sondern die Remuneration von Beamten für ganz bestimmte Geschäfte amtlicher Natur festzusetzen. Wenn nun im § 7 jenes Gesetzes auch den nicht beamteten Aerzten (nicht Zahnärzten), falls sie zur Leistung der bezeichneten Dienste amtlich aufgefordert werden, dieselben Gebühren, Tagegelder und Reisekosten zugesprochen werden, wie den beamteten Aerzten, so gilt dies doch nur, wie das Gesetz ausdrücklich hervorhebt, in Ermangelung anderweiter Verabredung über das Honorar.

Die in jenem Gesetz aufgeführten ärztlichen Dienste sind daher von den übrigen ärztlichen Berufsgeschäften auszuscheiden, und ihre Bezahlung nicht nach den Sätzen der Gebührenordnung, sondern nach denen jenes Gesetzes zu bestimmen, wobei für die Höhe gemäss § 10 die Schwierigkeit des Geschäfts und der dazu erforderlich gewesene Zeitaufwand in Betracht kommt.

Das Gesetz vom 9. März 1872 und die Verordnung vom 17. September 1876 bilden sonach bezüglich der ärztlichen Gebühren eine Ergänzung der Gebührenordnung; sie werden deshalb unten als Anhang A. ihrem Wortlaute nach mitgetheilt.

Die Uebernahme solcher Geschäfte durch die nicht beamteten Aerzte steht in deren Belieben und unterliegt der freien Vereinbarung. Wird indess ein Arzt von einem Gerichte im Civilprozess oder im Strafverfahren zum Sachverständigen über eine medicinische Frage ernannt, oder zur Leichenschau oder Leichenöffnung zugezogen, so muss er bei Vermeidung von Geldstrafe Folge leisten. Die § 75 der Strafprozessordnung und § 372 der Civilprozessordnung bestimmen übereinstimmend:

„Der zum Sachverständigen Ernannte hat der Ernennung Folge zu leisten, wenn er die Wissenschaft, die Kunst oder das Gewerbe, deren Kenntniss Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Er-

werbe ausübt oder wenn er zur Ausübung derselben öffentlich bestellt oder ermächtigt ist.“

Allerdings darf der Arzt die Beantwortung von Fragen ablehnen, auf welche sich seine Verschwiegenheitspflicht aus § 300 des Strafgesetzbuches bezieht.

Die Vergütung wird dem Arzt vom Gerichte nur dann gezahlt, wenn er sie verlangt; dies muss binnen drei Monaten geschehen, widrigenfalls der Anspruch erlischt. (§ 16 der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige vom 30. Juni 1870).

Eine Uebernahmepflicht liegt auch im Falle des § 360 No. 10 des Strafgesetzbuchs vor, nach welchem mit Geldstrafe bis 150 M. oder mit Haft bestraft wird,

wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Noth von der Polizeibehörde oder deren Stellvertreter zur Hilfe aufgefordert, keine Hilfe leistet, obgleich er der Aufforderung ohne erhebliche eigene Gefahr genügen konnte.

Allerdings wird nur die Hilfe bei gemeiner Gefahr, z. B. bei Epidemien, in das Gebiet der medicinal- oder sanitätspolizeilichen Leistungen fallen und nach dem Gesetz vom 9. März 1872 zu vergütet sein, während für die Inanspruchnahme des Arztes bei Unglücksfällen die Gebührenordnung massgebend ist.

I. Allgemeine Bestimmungen.*)

§ 1.

Den approbirten¹⁾ Aerzten²⁾ und Zahnärzten³⁾ (§ 29 Absatz I der Gewerbeordnung) stehen für ihre berufsmässigen Leistungen⁴⁾ in streitigen Fällen mangels einer Vereinbarung⁵⁾ Gebühren nach Maassgabe der nachstehenden Bestimmungen⁶⁾ zu.

*) Unter dem Titel: „Allgemeine Bestimmungen“ giebt die Gebührenordnung in 5 §§ die allgemeinen Grundsätze für die Anwendung der unter II und III festgesetzten Taxen. § 1 giebt die Voraussetzungen der Anwendbarkeit der Gebührenordnung, die §§ 2 und 3 die Grundsätze für die Bestimmung der Gebühr innerhalb der festgesetzten Grenzen, § 4 die Anweisung für Ergänzung fehlender Einzelbestimmungen und § 5 die Zeit des Inkrafttretens der Gebührenordnung.

1) **Approbirter Arzt.** Die Gebührenordnung gilt nur für die approbirten Aerzte und Zahnärzte im Sinne des § 29 der Gewerbeordnung. Es sind dies nur diejenigen Heilkundigen, welche auf Grund besonderer Prüfungen von der Landescentralbehörde eines deutschen Bundesstaates die Approbation erhalten haben. Solche Approbationen haben, über den ertheilenden Bundesstaat hinaus, innerhalb des ganzen deutschen Reiches die gleiche Geltung. Es gilt deshalb z. B. der Heilkundige, der in Bayern die Approbation erhalten hat, auch in Preussen als approbirter Arzt. Dagegen gelten in Deutschland nicht als approbirte Aerzte diejenigen Personen, welche ihre Approbation von einem ausserdeutschen Staat, z. B. Oesterreich, erhalten haben. Eine Ausnahme ist nur für die ausländischen Aerzte (nicht jedoch auch Zahnärzte) in gewissen Grenzgebieten zu machen. Es hat nämlich das deutsche Reich mit Belgien, den Niederlanden, Oesterreich-Ungarn, Luxemburg und der Schweiz Staatsverträge abgeschlossen, nach welchen jeder contrahirende Staat für seine Grenzgemeinden die Aerzte (Wundärzte und Hebeammen) des anderen Staates zur Berufsthätigkeit von ihrer Heimath aus in gleichem Maasse zulässt, wie ihnen dieselbe in ihrer Heimath gestattet ist. Nach besonderer Vorschrift (nur der Vertrag mit Belgien enthält eine solche Vorschrift nicht) soll es dabei als selbstverständlich gelten, dass die Aerzte sich bei der Ausübung ihres Berufes den in der fremden Gemeinde geltenden Gesetzen zu unterwerfen haben. Ausländische Aerzte, die in preussischen Grenzgemeinden auf

Grund der Staatsverträge practiciren, unterliegen daher den Bestimmungen des § 80 der Gewerbeordnung und damit auch dieser Gebührenordnung.

Vergl. die Staatsverträge mit Belgien vom 7. Februar 1873 (Reichs-Gesetz-Blatt 1873 S. 55), mit den Niederlanden vom 11. September 1873 (Reichs-Gesetz-Blatt 1874 S. 99), mit Oesterreich-Ungarn vom 30. September 1882 (Reichs-Gesetz-Blatt 1883 S. 39) mit Luxemburg vom 4. Juni 1883 (Reichs-Gesetz-Blatt 1884 S. 19) und mit der — für Preussen allerdings nicht in Betracht kommenden — Schweiz vom 29. Februar 1884 (Reichs-Gesetz-Blatt 1884 S. 45).

Den auf Grund bestandener Prüfung approbirten Aerzten stehen gleich diejenigen Heilkundigen, welche auf Grund des Abs. 4 des § 29 der Gewerbeordnung gemäss den Vorschriften der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 9. Dezember 1869 (Reichs-Gesetz-Blatt 1869 S. 687) wegen wissenschaftlich erprobter Leistungen von der vorgeschriebenen Prüfung entbunden worden sind.

Ist die ertheilte Approbation bei Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte für die Dauer des Ehrverlustes zurückgenommen (§ 53 der Gewerbeordnung), so ist der Bestrafte für diese Dauer nicht mehr approbirter Arzt und damit auch nicht der Gebührenordnung unterworfen; er erlangt indessen die Rechte und Pflichten aus der Approbation ohne weiteres Verfahren wieder mit dem Ablauf des Ehrverlustes oder dessen Erlass im Gnadenwege.

2) Spezialisten und ärztliche Autoritäten. Die Gebührenordnung gilt für alle approbirten Aerzte und Zahnärzte, insbesondere auch für die Spezialärzte, Professoren und sonstigen ärztlichen Autoritäten. Bei Inanspruchnahme der Letzteren hatte die Gerichtspraxis (Blätter für Rechtspflege 1895 S. 46) mit Rücksicht auf die den jetzigen Verhältnissen nicht mehr entsprechende Geringfügigkeit der Sätze, insbesondere der Maximalsätze, der Taxe von 1815 eine stillschweigende Vereinbarung auf Ausschlussung der Taxbestimmungen angenommen, und übliche und ange-

messene Sätze zugebilligt. Solche Annahme wird jetzt nicht mehr ohne Weiteres gerechtfertigt sein, weil die Maximalsätze der neuen Gebührenordnung eine die üblichen Honorare der sog. Autoritäten mitumfassende Höhe erreichen, und durch die mannigfachen Zusatzgebühren besonderen Umständen noch weithin Rechnung getragen wird.

³⁾ **Approbirter Zahnarzt.** Approbirter Zahnarzt ist nur derjenige, der die besondere „Approbation als Zahnarzt“ erhalten hat. Nur diesem stehen die Gebühren des Abschnittes III zu. Uebernimmt ein approbirter Arzt, der nicht auch die „Approbation als Zahnarzt“ besitzt, eine zahnärztliche Leistung, zu der er vermöge seiner allgemeinen Approbation berechtigt ist, so kann er nicht nach Abschnitt III liquidiren, sondern unter Anwendung des § 4 nach dem Satze einer ähnlichen Leistung aus Abschnitt II. Die analoge Anwendung wird aber mitunter Schwierigkeiten begegnen, z. B. beim Zahnziehen, für welches eine ähnliche Verrichtung in Abschnitt II nicht aufzufinden ist. Es würde sich deshalb empfehlen, dass der Minister eine Ergänzungsbestimmung dahin giebt, dass Aerzte für zahnärztliche Leistungen ebenfalls nach Abschnitt III liquidiren dürfen. Uebernimmt dagegen ein approbirter Zahnarzt, der nicht zugleich die „Approbation als Arzt“ besitzt, eine nicht in das Gebiet der Zahnheilkunde fallende Heilthätigkeit, z. B. die Behandlung einer Wunde am Finger, so ist er insofern als Kurpfuscher zu betrachten, und hat dafür weder Gebühren aus Abschnitt III, noch aus Abschnitt II zu beanspruchen.

⁴⁾ **Berufsmässige Leistung.** Berufsmässige Leistung des Arztes ist jede Leistung, die der Arzt in Ausübung seines Berufes vornimmt. Ob er dazu von Privatpersonen aufgefordert ist oder von Behörden, ob seine Thätigkeit auf Verhütung oder auf Heilung von Krankheiten oder auf Untersuchung und Feststellung von Zuständen gerichtet ist, ist gleichgiltig.

Es müssen jedoch, wie schon oben (Note 4 zur Ueberschrift, S. 7) hervorgehoben, diejenigen berufsmässigen

Leistungen hier ausgeschieden werden, für welche das Gesetz vom 9 März 1872 Bestimmung trifft.

Für die Entstehung der ärztlichen Honorarforderung ist nicht etwa Voraussetzung, dass die berufsmässigen Leistungen den erhofften Erfolg, die Beseitigung der Krankheit, gehabt haben; denn die vom Arzte übernommene Vertragspflicht geht nur dahin, dass er zur Herbeiführung des Erfolges die durch seine Wissenschaft oder Kunst angezeigten Dienste leisten werde. Auch die Art und Weise der Behandlung steht völlig im pflichtgemässen Ermessen des Arztes; selbst solche Mittel darf er anwenden, die noch nicht erprobt sind, wenn er sie nur nach den Regeln seiner Kunst für zweckmässig halten kann. Auch ein Irrthum in der Diagnose und eine in Folge dieses Irrthums falsche Behandlung, ja selbst sogen. Kunstfehler, entziehen ihm nicht den Honoraranspruch, wenngleich er dadurch eventuell schadenersatzpflichtig wird. Nur dann erwirbt er keinen Anspruch auf Honorar, wenn seine Leistung sich garnicht als Erfüllung der übernommenen Vertragspflicht darstellt, z. B. wenn er bewusst eine unnütze Leistung vornimmt. Vergl. Urth. d. Reichsgerichts bei Bolze III No. 349.

Liegt in der Ausübung der Berufsthätigkeit eine unerlaubte Handlung, z. B. eine strafbare Abtreibung, so erwirbt der Arzt daraus keinen Gebührenanspruch, weil aus unerlaubten Handlungen keine Rechte erworben werden können. (§ 35 Allg. L.-R. I, 3.)

⁵⁾ **Vereinbarung des Honorars.** Die Gebührenordnung setzt, in Uebereinstimmung mit § 80 der Gewerbeordnung, zur Anwendung aller ihrer Bestimmungen (auch des § 2, was Bornträger anscheinend verneint) den Mangel einer Vereinbarung über die Höhe des Honorars voraus.

Eine solche Vereinbarung darf rechtlich sowohl die taxmässige Gebühr übersteigen, als auch unter derselben, ja unter der Minimalgebühr verbleiben. Sie kann sowohl vor als auch nach Vornahme der Leistung zu Stande gekommen sein; sie kann eine ausdrückliche sein, d. h. eine durch Worte oder deutliche Zeichen ausgedrückte (§ 57

A. L.-R. I. 4), oder auch eine stillschweigende, d. h. eine aus Handlungen, aus denen die Absicht des Handelnden mit Zuverlässigkeit geschlossen werden kann (§ 58 A. L.-R. I, 4) sogen. konkludenten Handlungen, erkennbare sein. In allen Fällen, wo eine Vergütung als vereinbart anzusehen ist, ist auch nur diese vereinbarte Vergütung zu beanspruchen und zu bezahlen.

Zur Erklärung dieser Grundsätze mögen einige der in der Praxis am häufigsten vorkommenden Fälle von Vereinbarung dienen.

a) Wenn der Arzt vor der Leistung zu erkennen giebt, dass er dieselbe nur zu einem bestimmten Satze vornehmen wolle, und der andere Theil danach die Leistung verlangt oder sich gefallen lässt, so ist der vom Arzt gestellte Satz vereinbart. Das Verlangen eines bestimmten Satzes braucht vom Arzte nicht gerade direkt ausgesprochen zu werden; es genügt vielmehr, dass das Verlangen auf irgend einem Wege dem Klienten bekannt geworden ist. Die Kenntniss kann z. B. vermittelt sein durch Aushang eines Gebührentarifs im Wartezimmer, durch Zeitungsannonce, Anschlag etc.; es genügt aber auch schon, dass dem Klienten aus Mittheilungen anderer Patienten oder sonstwie bekannt geworden ist, dass der anzurufende Arzt, z. B. ein berühmter Spezialarzt, für gewisse Leistungen ein bestimmtes Honorar zu fordern pflege.

b) Wenn der Arzt für seine Leistungen liquidirt und der Klient den liquidirten Betrag zu zahlen verspricht oder bezahlt, so ist der Liquidationsbetrag vereinbart. Das blosse Stillschweigen auf die Liquidation würde jedoch noch keine Vereinbarung enthalten (§ 61 A. L.-R. I, 4). Hat aber einmal der Arzt einen bestimmten Betrag liquidirt, so ist damit „der Ausdruck seines Ermessens über Preis und Lohn gegeben und die höchste ihm gebührende Belohnung einstweilen fixirt“; die nachträgliche Erhöhung des einmal bestimmten Preises ist ihm versagt, es sei denn, er könne sich auf Irrthum, Zwang etc. berufen, oder er könne zeigen, dass er nur eine (zurückgewie-

sene) Vergleichsofferte gemacht habe.“ (Entsch. d. Obertribunals v. 11. Dezember 1873, Bd. 71 S. 158 und Entsch. d. Ober-Handelsgerichts vom 28. Oktober 1873, Bd. 11 S. 249). (Anders Bornträger S. 49 ohne nähere Begründung.)

c) Ebenso ist der Betrag als vereinbart anzusehen und jede Nachliquidation ausgeschlossen, wenn der Arzt einen ihm ohne voraufgegangene Liquidation gezahlten Betrag, z. B. eine ihm als Jahreshonorar gesandte Summe, vorbehaltlos annimmt (vergl. die zu b mitgetheilte Entsch. d. Obertribunals.) Um der Annahme einer Vereinbarung zu entgehen, müsste der Arzt unverzüglich eine Nachliquidation schicken.

d) Wenn der Arzt für bestimmte Leistungen, z. B. für einen Besuch, dem Klienten regelmässig einen bestimmten Satz liquidirt hat, so ist dieser Satz auch bei späterer Inanspruchnahme derselben Leistungen als vereinbart anzusehen, wenn der Arzt sich nicht vor der Leistung dagegen verwahrt oder wenn nicht die Vornahme besonderer Verrichtungen eine Erhöhung rechtfertigt. Ist zwischen Arzt und Klient für frühere Jahre ein Jahreshonorar vereinbart gewesen, so kann in der Fortsetzung des Verhältnisses zugleich auch eine Vereinbarung des gleichen Jahreshonorars gefunden werden.

e) Bei der Vereinbarung eines Jahreshonorars wird es darauf ankommen, ob ortsüblich damit sämtliche Dienstleistungen abgegolten werden sollen, auch ausserordentliche, wie Entbindungen, Operationen, oder nur die gewöhnlich in der Hausarztpraxis vorkommenden Leistungen. Im Zweifel gelten nach dem Vertragswillen sämtliche Leistungen als mit dem Jahreshonorar abgegolten; sind jedoch in früheren Jahren aussergewöhnliche Dienstleistungen besonders oder durch Erhöhung des Honorars bezahlt worden, so kann hierin eine Vereinbarung dahin erblickt werden, dass das Jahreshonorar nur zur Abgeltung der gewöhnlichen Leistungen bestimmt ist. Auslagen, z. B. für Verbandstoffe, Lymphe etc., können jedenfalls besonders liquidirt werden.

⁶⁾ **Verwendbarkeit der früheren Ministerialrescripte.** Die neue Gebührenordnung ist an Stelle der verschiedenen in Preussen in Geltung befindlichen Taxen getreten, welche durch das Gesetz vom 27. April 1896 (vergl. Einleitung S. 2) mit allen dazu ergangenen Ergänzungs- und Ausführungsbestimmungen mit dem 1. Januar 1897 aufgehoben worden sind. Nichts desto weniger sind besonders die zur Auslegung der Medizinaltaxe von 1815 erlassenen zahlreichen Ministerialrescripte als ein wichtiges Mittel zur Erläuterung und Auslegung der neuen Gebührenordnung verwendbar, insoweit sie Bestimmungen der alten Taxe betreffen, deren Princip in die neue Gebührenordnung aufgenommen worden ist, z. B. das Ministerialrescript vom 18. Juni 1859, welches den Begriff des „ersten Besuchs“ im Gegensatz zu den „folgenden Besuchen“ erklärt.

§ 2.*)

Die niedrigsten Sätze²⁾ gelangen zur Anwendung, wenn nachweisbar Unbemittelte³⁾ oder Armenverbände⁴⁾ die Verpflichteten¹⁾ sind. Sie finden ferner Anwendung; wenn die Zahlung aus Staatsfonds,⁵⁾ aus den Mitteln einer milden Stiftung,⁶⁾ einer Knappschafts-⁷⁾ oder einer Arbeiterkrankenkasse⁸⁾ zu leisten ist, soweit nicht besondere Schwierigkeiten der ärztlichen Leistung oder das Maass des Zeitaufwandes einen höheren Satz rechtfertigen.⁹⁾

*) Der § 2 durchbricht das Princip der Gebührenordnung, welche für alle ärztlichen Dienste Minimal- und Maximalsätze aufstellt, zwischen denen die Gebühr des einzelnen Falles gemäss § 3 gefunden werden muss. Es soll nämlich in den Fällen des § 2 nur ein fester Satz, der aufgestellte Minimalsatz, zur Anwendung kommen, und zwar den nachweisbar Unbemittelten und den Armenverbänden gegenüber unter allen Umständen, den anderen, im zweiten Satze des § 2 bezeichneten Zahlungspflichtigen gegenüber

in der Regel, jedoch unter Zulassung gewisser, einen höheren Satz rechtfertigender Ausnahmen.

Hervorzuheben ist hier die Weglassung der Bestimmung der Taxe von 1815 und aller Entwürfe, dass die niedrigsten Sätze auch zur Anwendung zu bringen seien, wenn der Arzt von dem ihm in § 54 Nr. 4 der Concursordnung gegebenen Vorrecht Gebrauch macht. Noch in dem den Aerztekammern zur Berathung vorgelegten Entwurf von 1895 war sie enthalten, fand aber die einstimmige Ablehnung sämmtlicher Kammern und des Aerztekammer-Ausschusses und ist wohl deshalb fallen gelassen worden. Nunmehr ist die Rechtslage folgende:

§ 54 der Concursordnung vom 10. Februar 1877 bestimmt die Rangordnung, in welcher die zum Concourse angemeldeten Forderungen berichtigt werden; in vierter Reihe stehen als bevorrechtigt:

4. Die Forderungen der Aerzte, Wundärzte, Apotheker, Hebammen und Krankenpfleger wegen Kur- und Pflegekosten aus dem letzten Jahre vor der Eröffnung des Verfahrens, insoweit der Betrag der Forderungen den Betrag der taxmässigen Gebühnisse nicht übersteigt.

Bevorrechtigt ist demnach die Gebührenforderung, soweit sie aus der Gebührenordnung begründet werden kann und die Maximalsätze nicht übersteigt. Hat etwa die Vereinbarung eines die taxmässigen Gebühren übersteigenden Honorars stattgefunden, oder sind Honorarforderungen über das letzte Jahr hinaus noch unberichtigt, so sind zwar die Ueberschüsse resp. Rückstände nicht bevorrechtigt, können aber als gewöhnliche Concursforderungen ohne Vorrecht angemeldet werden. Das Nähere über die Anmeldung siehe Anhang B.

¹⁾ Der Zahlungspflichtige. Das Privileg des § 2 ist bestimmten Zahlungspflichtigen („Verpflichtete“, aus deren Fonds oder Mitteln die Zahlung zu leisten ist“) gewährt. Zur richtigen Anwendung des § 2 ist es erforderlich, festzustellen, wer der Zahlungspflichtige gegenüber dem Arzte ist.

a) Der Anspruch des Arztes auf Honorar entsteht in der Regel aus dem Vertrage, durch den der Arzt sich verpflichtet, ärztliche Dienste zu leisten, der andere Theil, diese Dienste zu vergüten. Dieser Vertrag heisst nach preuss. Allgemeinen Landrecht „Vertrag über Handlungen“ (A. L. R. I, 11 §§ 869 ff.), nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch für das deutsche Reich „Dienstvertrag“ (B. G. B. § 611 ff.). Das Zustandekommen eines solchen Vertrages setzt nun keineswegs einen formellen Abschluss voraus; in den meisten Fällen kommt er vielmehr dadurch zu Stande, dass der Arzt in dem Rufe einen Antrag zum Vertragsschluss erhält, den er annimmt, indem er dem Rufe folgend die ärztlichen Dienste leistet. Mit der Dienstleistung ist dann der Anspruch auf Vergütung auch ohne besondere Abrede für den Arzt entstanden, weil „die Handlung zu seinen gewöhnlichen Nahrungs- oder Berufsgeschäften gehört“ (§ 873 A. L. R. I, 11) oder „weil die Dienstleistung den Umständen nach nur gegen eine Vergütung zu erwarten ist“ (§ 612 B. G. B.).

Daraus folgt, dass zur Bezahlung derjenige verpflichtet ist, der den Vertrag mit dem Arzt abgeschlossen hat. Aber nicht immer wird dies gerade derjenige sein, der den Arzt gerufen hat, sondern nur dann, wenn der Rufende sich selbst hat verpflichten wollen und nicht etwa erkennbar als Beauftragter oder Vertreter eines Anderen gehandelt hat. Zwar muss im Allgemeinen, wer behauptet, einen Vertrag nicht für sich (im eigenen Namen), sondern für einen Anderen (in fremdem Namen) abgeschlossen zu haben, dies auch beweisen, wenn er sich der eigenen Zahlungspflicht entziehen will; für ihn wird aber oft die Erfahrung des täglichen Lebens sprechen, welche lehrt, dass gerade bei der Inanspruchnahme eines Arztes wegen der durch die Erkrankung eingetretenen Verhinderung des Erkrankten nothwendig Personen vermittelnd eintreten müssen, die sich nicht selbst verpflichten wollen, sondern aus Gefälligkeit oder Mitleid für den Erkrankten sich als Mittelsperson hergeben, z. B. der Flurnachbar eines plötzlich Er-

kranken oder der Passant, der bei einem Unfall auf der Strasse den nächsten Arzt ruft. Als Regel wird man wohl nach der Erfahrung des täglichen Lebens aufstellen können, dass der Rufende den Willen, sich selbst zu verpflichten, nicht gehabt haben wird, wenn nicht eine Rechtspflicht oder doch wenigstens eine moralische Verpflichtung, für die Heilung des Erkrankten Aufwendungen zu machen, bei ihm bestanden hat. Wenn nun der Rufende eine eigene Verpflichtung zur Bezahlung nicht hat übernehmen wollen, so wird, falls der Rufende als Beauftragter gehandelt hat, wie z. B. das Dienstmädchen, der Auftraggeber, sonst der Patient selbst als Vertragschliessender verpflichtet sein, sobald er sich die ärztlichen Dienste gefallen lässt und damit die Berufung des Arztes genehmigt. Gewisse rechtliche Beziehungen bringen es aber mit sich, dass auch der Patient mit der Entgegennahme der ärztlichen Dienste nicht sich selbst, sondern eine andere Person verpflichtet, nämlich diejenige Person, welcher das Gesetz eine direkte Verpflichtung auferlegt, für Kur und Verpflegung des Erkrankten zu sorgen. Eine solche directe Fürsorgepflicht besteht in erster Reihe auf Grund der unbedingten Alimentationspflicht, also für die Eltern, und besonders für den Vater, gegenüber den in väterlicher Gewalt befindlichen Kindern (A. L. R. II, 2 §§ 64, 65 und B. G. B. 1602, 1603), für den Ehemann gegenüber der Ehefrau (A. L. R. II, 1 § 185 und B. G. B. § 1360). Ferner besteht die Fürsorgepflicht für die Dienstherrschaft gegenüber dem erkrankten Gesinde, wenn dasselbe sich die Krankheit durch den Dienst oder bei Gelegenheit desselben zugezogen hat; (§ 86 der preuss. Gesindeordnung vom 8. November 1810); und diese Fürsorgepflicht wird noch eine bedeutende Erweiterung erfahren durch § 617 B. G. B., der bestimmt:

§ 617. Ist bei einem dauernden Dienstverhältnisse, welches die Erwerbsthätigkeit des Verpflichteten vollständig oder hauptsächlich in Anspruch nimmt, der Verpflichtete in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen, so hat der Dienstberechtigte

ihm im Falle der Erkrankung die erforderliche Verpflegung und ärztliche Behandlung bis zur Dauer von sechs Wochen, jedoch nicht über die Beendigung des Dienstverhältnisses hinaus zu gewähren, sofern nicht die Erkrankung von dem Verpflichteten vorsätzlich oder durch grobe Fahrlässigkeit herbeigeführt worden ist. Die Verpflegung und ärztliche Behandlung kann durch Aufnahme des Verpflichteten in eine Krankenanstalt gewährt werden. . . .

Die Verpflichtung des Dienstberechtigten tritt nicht ein, wenn für die Verpflegung und ärztliche Behandlung durch eine Versicherung oder durch eine Einrichtung der öffentlichen Krankenpflege Vorsorge getroffen ist.

Endlich besteht die Fürsorgepflicht für Corporationen oder Stiftungen, denen nach Gesetz oder durch ihr Statut die Gewährung freien Unterhaltes oder ärztlicher Behandlung zur Pflicht gemacht ist. Hierher gehören insbesondere auch die Arbeiterkrankenkassen, insoweit sie die Dienstleistung anderer als ihrer Kassenärzte zu bezahlen haben.

b) Es kann nun aber Fälle geben, in denen aus irgend einem Grunde ein Vertrag mit irgend einer Person nicht zu Stande gekommen ist, der Arzt also ein vertragsmässiges Recht auf Honorar nicht erworben hat. Voraussetzung eines Vertrages ist nämlich die Willensübereinstimmung beider Theile; eine solche liegt aber nicht vor, wenn bei dem oben dargestellten Vertretungsverhältniss der Vertretene keinen Auftrag erteilt hat und die Genehmigung verweigert oder wegen Geschäftsunfähigkeit eine Genehmigung zu erteilen verhindert ist, z. B. sich im Fieberdelirium oder in Ohnmacht befindet. Aber auch in solchen Fällen erwirbt der Arzt für geleistete Dienste einen Anspruch auf Vergütung, und zwar nach den gesetzlichen Bestimmungen über die sog. nützliche Verwendung und ungerechtfertigte Bereicherung, nach welchen der Empfänger einer Leistung, die er ohne rechtlichen Grund (hier ohne Vertrag) erhalten hat, diese Leistung oder deren

Werth herausgeben muss (A. L. R. I, 13 §§ 230, 232, 268, 269 und B. G. B. §§ 812 und 818 Abs. 2). Da die ärztlichen Leistungen naturgemäss nicht herausgegeben werden können, so muss der Bereicherte deren Werth vergüten, und zwar nach der Gebührenordnung, welche ja den Geldwerth der ärztlichen Leistung festzustellen bestimmt ist. Bereichert und deswegen dem Arzt zur Vergütung verpflichtet ist derjenige, der für die ärztliche Leistung Aufwendungen hätte machen müssen und erspart hat, also in erster Reihe der Patient, beziehungsweise derjenige, der für die ärztliche Behandlung des Patienten zu sorgen gesetzlich verpflichtet war, nämlich der Ehemann, Vater, die Dienstherrschaft (vergl. Entsch. d. Obertribunals bei Striethorst, Archiv Bd. 85 S. 51) etc.

c) Als „Verpflichteter“ im Sinne des § 2 ist demnach derjenige anzusehen, gegen welchen der Arzt einen directen Anspruch, sei es aus dem Vertrage oder aus der nützlichen Verwendung und ungerechtfertigten Bereicherung geltend machen kann.

Es giebt nun aber Fälle, in denen derjenige, der Kurkosten hat aufwenden müssen, einen Anspruch auf Ersatz dieser Kurkosten als Schadenersatz gegen einen Dritten hat. Solche Ersatzansprüche sind gegeben, wenn die Krankheit durch Verschulden des Dritten herbeigeführt ist, z. B. im Falle der Körperverletzung, oder in den Fällen des Reichshaftpflichtgesetzes vom 7. Juni 1871 (R. Gbl. 1871 S. 207). Das Bestehen eines solchen Schadenersatzanspruches giebt aber dem Arzte keinen Anspruch gegen den Ersatzpflichtigen, die Person des Ersatzpflichtigen kommt daher für die Anwendung des § 2 nicht in Betracht. Wird also z. B. ein, bei einem Eisenbahnunfall verunglückter Millionär vom Arzte behandelt, so sind nicht etwa die niedrigsten Sätze zur Anwendung zu bringen, weil der Eisenbahnfiskus, der das Privileg genießt, ersatzpflichtig ist. Ebenso umgekehrt. Ueberfährt z. B. ein Millionär einen Bettler, so sind, wenn Letzterer sich in Behandlung des Arztes begiebt, nur die niedrigsten Sätze trotz der Ersatz-

pflicht des Millionärs zu zahlen. Würde aber der Millionär dem Arzt die Behandlung des Bettlers übertragen, so wäre er selbst Zahlungspflichtiger und hätte auf die niedrigsten Sätze keinen Anspruch.

²⁾ **Die niedrigsten Sätze.** Gemeint ist, was sich im Einzelfalle als niedrigste Gebühr darstellt. Sind für Leistungen mehrere Sätze nebeneinander zu liquidiren, so ist von jedem Satze die Mindestgebühr anzusetzen. Macht z. B. der Arzt zur Nachtzeit einen Besuch und nimmt dabei eine besonders eingehende Untersuchung vor, so hat er nicht etwa nur dasjenige, was sich als Mindestgebühr für einen Besuch darstellt, nämlich 2 M. zu liquidiren, sondern den Besuch mit 2 M. (No. 1 des Tarifs Abschnitt II), die niedrigste Erhöhung für die Nachtzeit, also die Verdoppelung (No. 10), und endlich auch noch die niedrigste Zusatzgebühr für die Untersuchung (No. 5 Abs. 2) mit 2 M., zusammen also 6 M.

³⁾ **Nachweisbar Unbemittelte.** Mit der Privilegirung der „nachweisbar Unbemittelten“ hat man augenscheinlich beabsichtigt, den durch die Medicinaltaxe von 1815 in der Anmerkung zu I Pos. 1 geschaffenen Rechtszustand aufrecht zu erhalten, wonach „der niedere Satz anzuwenden ist . . . bei Leuten von bekanntlich geringen Vermögensumständen z. B. unteren Offizianten, geringen Handarbeitern.“ Auch die Petition der Berl. Med. Gesellschaft vom Jahre 1867 wollte die Mindestsätze angewendet wissen „bei anerkannt dürftigen Vermögensverhältnissen des Patienten“, und in ihrer Petition vom Jahre 1879 hielt dieselbe Gesellschaft als Grenze, bis zu welcher die Minimaltaxe zu gelten hätte, eine Jahreseinnahme von 1500 M. für angemessen. Der Taxentwurf von 1895 brachte zum ersten Male den Ausdruck „nachweisbar Unbemittelte“, der bei den Berathungen in den Aerztekammern nirgends als eine neu einzuführende Besonderheit verstanden worden ist, da zwar Anträge auf Streichung dieser Klasse von Privilegirten, nirgends aber Anträge auf andere Formulirung des Privilegs gestellt sind. So ist der Ausdruck auch in

die neue Gebührenordnung übergegangen; dass man damit etwas Neues einzuführen beabsichtigt hätte, ist nirgends erkennbar geworden.

Schon aus der Fassung der Taxe von 1815 lässt sich entnehmen, dass unter „Unbemittelten“ nicht etwa diejenigen zu verstehen sind, die von allen Mitteln entblösst sind und der öffentlichen Armenpflege anheimfallen, sondern diejenigen, die nur geringe Mittel haben, die nur den nothdürftigen Lebensunterhalt für sich und ihre Familie beschaffen können und deshalb Kurkosten, welche ebenfalls nach ihrer rechtlichen Natur und nach ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmung (z. B. § 187 A. L. R. II, 1) zum Lebensunterhalt gehören, nur in dürftiger Weise aufwenden können. Wenn Foerster (Note 11 zu § 2) zur Bestimmung des Kreises der „Unbemittelten“ auf den Thatbestand des civilprozessualischen Armenrechts verweist, so ist dies aus verschiedenen Gründen unzutreffend. Nach § 106 C. P. O. hat auf das Armenrecht Anspruch, „wer ausser Stande ist, ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie nothwendigen Unterhalts die Kosten des Prozesses zu bestreiten“. Die Kosten des Prozesses werden hier in Gegensatz gebracht zum „Unterhalt“, sie sollen „dem Unterhalt“ nachstehen; die Kurkosten sind aber, wie oben hervorgehoben, ein Theil des „Unterhalts“ und können desshalb nicht in Gegensatz zum „Unterhalt“ gebracht werden. Der „nothwendige Unterhalt“ im Sinne des § 106 C. P. O. ist aber ferner nicht etwa der sog. nothdürftige Unterhalt, sondern der nach dem Stande der Partei nothwendige, also der sog. standesgemässe Unterhalt (vergl. Gaupp, Commentar der C. P. O. zu § 106 Note I und Planck, Lehrbuch der C. P. O. Bd. I S. 169). Dass man nun Diejenigen, die in der Lage sind, den standesgemässen Unterhalt für sich und ihre Familie, also auch die Mittel zur Repräsentation ihres Standes, aufzubringen, zu den „Unbemittelten“ sollte zählen können, will gewiss nicht einleuchten. Die Gerichtspraxis geht aber auch noch weiter und bewilligt das Armenrecht regelmässig auch dann,

wenn die Partei, trotzdem sie wohlhabend ist, nur wegen der Höhe der sich nach dem Werthe des Streitgegenstandes richtenden Kosten ausser Stande ist, dieselben ohne Beeinträchtigung ihres Unterhalts zu zahlen. Es kann daher unter Umständen eine Partei mit einem Jahreseinkommen von 10,000 Mark das Armenrecht erhalten, wenn ein Prozess um eine Million geführt wird, weil hier die Gerichtskosten einer Instanz allein ca. 15000 Mark betragen. Für die ärztlichen Gebühren wird ein Mann mit solchen Einnahmen niemals als „Unbemittelter“ gelten dürfen. Gemeint sind im Wesentlichen diejenigen Personen, von denen der Arzt, auch ohne gesetzliche Vorschrift, Nichts oder nur eine ganz geringe Gebühr zu liquidiren pflegt, schon weil jede höhere Liquidation an der Unmöglichkeit der Verwirklichung scheitert.

Die Verweisung des Arztes auf die niedrigsten Sätze hat daher bei dieser Klasse von Privilegirten keine allzugrosse Bedeutung, um so mehr, als besonders durch die sociale Gesetzgebung des Reiches der erheblichste Theil dieser Privilegirten der Privatpraxis des Arztes entzogen worden ist und nur noch bei der Behandlung von Angehörigen in Betracht kommt.

Nachweisbar Unbemittelte sind diejenigen, welche dem Arzte nachweisen, dass sie unbemittelt sind. Es wird aber genügen, dass der Arzt aus dem, was ihm der Patient mittheilt und was der Arzt selbst wahrnimmt, die Ueberzeugung gewinnen kann, dass er es mit einem Unbemittelten zu thun hat. Fingerzeige nach dieser Richtung werden sein: geringe sociale Stellung, geringer Verdienst bei starker Familie, geringe Wohnungsmiethe, Aermlichkeit der Wohnungseinrichtung, Steuerbefreiung oder Veranlagung zu geringfügiger Steuer etc.

Der Wortlaut des § 2 lässt es zweifelhaft, ob die niedrigsten Sätze auch dann in Anwendung kommen, wenn der Client zwar zur Zeit der Leistung der ärztlichen Dienste „unbemittelt“ gewesen, später aber zu Mitteln gekommen ist. Ist nun bereits liquidirt und bezahlt, so ist eine Nach-

forderung jedenfalls unstatthaft, weil sie in der Gebührenordnung nicht vorgesehen ist. Ist jedoch noch nicht bezahlt, sei es, weil noch nicht liquidirt ist oder aus anderen Gründen, so ist eigentlich der gesetzgeberische Grund für die niedrigsten Sätze weggefallen; man wird aber doch wohl davon auszugehen haben, dass schon der Vertragsschluss und spätestens die Leistung selbst mit allen ihren für die Höhe der Gebühr in Betracht kommenden Nebenumständen den Umfang des Gebührenanspruches festlegt, und deshalb der Zeitpunkt des Vertragsschlusses oder der Leistung allein massgebend ist. Unverwehrt aber ist es dem Arzte, durch Uebersendung einer neuen höheren Liquidation einen den veränderten Umständen Rechnung tragende Vereinbarung über die Höhe des Anspruchs anzubahnen; die Erhöhung selbst eines bereits liquidirten Betrages ist hier wegen veränderter Umstände zulässig. (Vergl. Note 5b zu § 1.)

⁴⁾ **Armenverbände.** Nach dem Bundesgesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 6. Juni 1870 (B.-G.-Bl. 1870 S. 360 ff.) in der Fassung des Reichsgesetzes vom 12. März 1894 (R.-G. Bl. 1894 S. 262 ff.) und den Preussischen Ausführungsgesetzen vom 8. März 1871 (G.-S. S. 130) und vom 11. Juli 1891 (G.-S. S. 300) wird die öffentliche Unterstützung hilfsbedürftiger Personen durch Ortsarmenverbände und Landarmenverbände geübt, die insbesondere auch die erforderliche Pflege in Krankheitsfällen zu gewähren verpflichtet sind.

Den Ortsarmenverband bildet jede einzelne Gemeinde oder jeder einzelne Gutsbezirk, soweit nicht aus mehreren Gemeinden oder Gutsbezirken ein Gesamt-Armenverband gebildet ist. Die Unterstützung ist zunächst und vorbehaltlich eines Ersatzanspruches von demjenigen Ortsarmenverbande zu gewähren, in dessen Bezirk sich der Hilfsbedürftige befindet.

Der Landarmenverband, welcher in Preussen gewöhnlich mit der Provinz zusammenfällt¹⁾ (jedoch sind die Stadtgemeinden Berlin, Breslau, Königsberg und Frankfurt a. M.

zugleich Orts- und Landarmenverbände), tritt subsidiär ein. Neben seiner Verpflichtung, Ortsarmenverbänden Beihilfe zu leisten, muss er selbst unmittelbar die Unterstützung in einigen Fällen gewähren; für Geisteskranke, Idioten, Taubstumme, Sieche und Blinde übernimmt gewöhnlich der Landarmenverband die Fürsorge.

In der Regel wird demnach der Arzt nur mit einem Ortsarmenverbände in directe Beziehung treten, eine directe Beziehung zum Landarmenverband ist aber auch nicht ausgeschlossen.

Die Zahlungspflicht des Armenverbandes ist zweifellos, wenn der Armenverband selbst den Arzt zur Behandlung des Armen berufen hat; hier wird indessen zumeist wohl der angestellte Armenarzt in Betracht kommen, für welchen der Anstellungsvertrag die Höhe der Gebühren bestimmt. Hat sich der Arme selbst, ohne Auftrag des Armenverbandes, in die Behandlung des Arztes gegeben, so wird ein directer Anspruch des Arztes gegen den Armenverband auch aus der sog. Bereicherung (s. No. 1) nur in besonderen Fällen begründet sein. Ueber diese, in wiederholten Beschwerden von Aerzten angeregte Frage äussert sich die Circular-Verfügung des Ministers der G. U. und Med.-Angel. und des Ministers d. I. vom 10. April 1821 (Min.-Bl. f. i. V. 1842 S. 279) wie folgt:

Ueber die von der Königlichen Regierung darüber erbetene Bestimmung:

in welchen Fällen die Aerzte die Kur armer Kranken unentgeltlich verrichten, und in welchen anderen Fällen die Gemeinden ihnen dafür Vergütung leisten müssen,

haben die unterzeichneten Ministerien sich dahin geeinigt:

- 1) an solchen Orten, wo besoldete Armenärzte von der Kommune angestellt worden, ist jeder andere Arzt die zur unentgeltlichen Behandlung bei ihm sich meldenden Kranken dieser Kommune in der Regel an den besoldeten Armenarzt zu verweisen

befugt, mithin auch, wenn er sich freiwillig den Anforderungen der Menschlichkeit gemäss der Kur eines Armen unterzogen hat, zu einem Ansprüche an die Kommune nicht berechtigt.

- 2) Hiervon ist jedoch der Fall dringender Gefahr und der Nothwendigkeit schleuniger Hilfe ausgenommen. In diesem Falle, sowie
- 3) überall, wo ein unbesoldeter Armenarzt nicht existirt, liegt es in dem Berufe sowie in dem Doctoreide des Arztes, dem Kranken, der seine Hilfe anruft, dieselbe ohne Anstand zu gewähren; wenn er demnächst wegen seiner Remuneration Anspruch an die Kommune machen will, so muss er
- 4) dieser sofort von dem Falle Anzeige machen und ihr überlassen, ob und welche andere Vorkehrungen sie zur Heilung des ihrer Sorge anheim fallenden Armen treffen will, und nur in dem Falle, wenn die Gemeinde von dem Arzte die Fortsetzung der Kur verlangt, oder in gefährlichen Fällen keine anderweitigen Anstalten dazu trifft und den Arzt also in die Nothwendigkeit setzt, mit seinen Hilfsleistungen zur Rettung des Lebens und der Gesundheit des armen Kranken fortzufahren, ist derselbe von der betreffenden Gemeinde die Bezahlung seines taxmässigen Honorars zu fordern befugt.

Diese Entscheidung ist trotz der inzwischen eingetretenen Gesetzesveränderungen noch heute zu verwerthen.

5) Staatsfonds. Die Zahlung ist aus Staatsfonds zu leisten, wenn der Fiscus der Zahlungspflichtige ist. Dies wird dem nicht beamteten Arzt selten vorkommen, da der Staat in allen Zweigen seiner Verwaltung sich entweder der Medicinalbeamten bedient, für deren Honorirung die G.-O. nicht in Anwendung kommt, oder festangestellte Aerzte z. B. Gefängniss-, Polizei-Aerzte etc. mit vereinbartem Honorar besitzt.

Ein Fall, in dem der Staat zahlungspflichtig ist, wäre der Fall des § 360 No. 10 St.-G.-B. Wird der Arzt bei Unglücksfällen von der Polizeibehörde oder deren Stellvertreter zur Hilfe aufgefordert, so muss er der Aufforderung genügen, falls er dies ohne erhebliche eigene Gefahr kann; er hat dann aber auch einen Honoraranspruch gegen den Fiscus.

Fraglich ist, ob auch der deutsche Reichsfiscus privilegiert ist. Nach dem Grundsatz, dass Ausnahmen nicht ausdehnend ausgelegt werden sollen, wird man die Frage verneinen müssen, obgleich auch die Fonds des Reiches zu den Staatsfonds im weitesten Sinne gerechnet werden können. Hier wird eine authentische Erklärung des Ministers erforderlich sein.

6) **Milde Stiftung.** Stiftungen sind Vermögensmassen, welche einem bestimmten Zwecke gewidmet sind, und als Zweckvermögen vom Staate mit eigener juristischer Persönlichkeit ausgestattet sind. Die juristische Persönlichkeit verkörpert sich gewöhnlich in einer Anstalt. Haben solche Anstalten nicht selbstständige juristische Persönlichkeit, befinden sie sich vielmehr im Eigenthum einer anderen Corporation z. B. des Staates, einer Gemeinde, einer Religionsgesellschaft, so sind sie nicht als Stiftungen anzusehen. Dagegen ist es gleichgiltig, ob eine andere Corporation die Verwaltung der selbstständigen Stiftung führt. Nicht alle Stiftungen, sondern nur die „milden Stiftungen“ sind privilegiert. Milde Stiftungen sind nur solche Stiftungen, deren Zweck auf Unterstützung hilfsbedürftiger Personen durch unentgeltliche Zuwendungen gerichtet ist (Entscheidungen des Reichsgerichts vom 22. September 1890 Just.-Min.-Bl. 1891 S. 24 ff. und vom 8 Mai 1893 Just.-Min.-Bl. 1893 S. 311 ff.). Der Begriff der unentgeltlichen Zuwendung ist aber nicht dadurch ausgeschlossen, dass ein Theil des Unterhalts der hilfsbedürftigen Personen aus ihren eigenen Mitteln, aus den von ihnen oder für sie gezahlten Pflegegeldern gewährt wird (Just.-Min.-Bl. 1893 S. 313).

Als milde Stiftungen zählt das A.-L.-R. (II, 19 §§ 32 ff.)

insbesondere auf: Armenhäuser, Hospitäler, Waisen- und Findel-, Werk- und Arbeitshäuser. Es fallen aber hierunter nicht diejenigen Anstalten, welche auf Grund einer gesetzlichen Fürsorgepflicht errichtet sind, da die Freiwilligkeit der Errichtung zum Wesen der milden Stiftung gehört. Es sind daher auszunehmen die von Armenverbänden errichteten Anstalten, ebenso diejenigen, welche vom Staat oder der Gemeinde oder einem sonstigen Communalverband in Erfüllung einer staatlichen oder communalen Aufgabe errichtet sind, wie z. B. staatliche oder städtische Krankenhäuser und Waisenhäuser, selbst dann, wenn dieselben, was wohl kaum vorkommt, eigene juristische Persönlichkeit hätten.

7) **Knappschaftskasse.** Nach dem allgemeinen Berggesetz für die Preuss. Staaten vom 24. Juni 1865 (G.-S. 1865 S. 705 ff.) sollen für die Arbeiter der Bergwerke, Aufbereitungsanstalten und Salinen Knappschaftsverbände bestehen zur Unterstützung ihrer Theilnehmer und der Angehörigen derselben (§ 165); die Vereine haben — ausser Invaliden- und Wittwen- und Waisen-Unterstützung — den Knappschaftsgenossen in Krankheitsfällen freie Kur und Arznei und Krankengeld zu gewähren (§ 171). Hierzu können auch besondere Krankenkassen eingerichtet werden.

Diese Kassen sind im § 74 des Krankenversicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883 aufrecht erhalten.

8) **Arbeiterkrankenkassen** sind alle diejenigen Krankenkassen, welche auf Grund des Krankenversicherungs-Gesetzes (Reichsgesetz vom 15. Juni 1883 und Novelle vom 10. April 1892) errichtet sind. Der Zweck des Gesetzes ging auf Versicherung der Arbeiter d. h. Arbeitnehmer, wie die Ueberschrift des Gesetzes vom 15. Juni 1883, „betr. die Krankenversicherung der Arbeiter“ zeigt; deshalb sind die danach errichteten Kassen Arbeiterkrankenkassen.

Immerhin wird man aber voraussetzen müssen, dass die „Arbeiterkrankenkasse“ eine selbstständige Rechtspersönlichkeit als Kasse hat und mit der im Gesetz bestimmten Selbstverwaltung ausgerüstet ist. Man wird

daher als „Arbeiterkrankenkasse“ anerkennen müssen die Orts-, Betriebs- (Fabrik-), Bau- und Innungs-Krankenkassen, bezw. eingeschr. Hilfskassen (§ 75 K. V. G.). Die Gemeindekrankenversicherung aber, welche subsidiär für alle diejenigen Versicherungspflichtigen eintritt, die in den vorbezeichneten Kassen kein Unterkommen finden, auch keiner eingeschriebenen Hilfskasse angehören, ist gar keine selbständige Krankenkasse, sondern eine Einrichtung der Gemeinde, die durch ihre Organe die Verwaltung führt. Da aber die Gemeinde — soweit sie nicht als Armenverband in Betracht kommt — bezüglich der ärztlichen Gebühren nicht privilegiert ist, so sind gegenüber der Gemeindekranken-Versicherung nicht die niedrigsten Sätze zur Anwendung zu bringen.

Auf einer ganz anderen gesetzlichen Grundlage beruhen die Berufsgenossenschaften. Die Berufsgenossenschaft ist eine von den Arbeitgebern auf Gegenseitigkeit errichtete Versicherung, die den Arbeitgebern die ihnen nach dem Haftpflichtgesetz obliegende Verpflichtung zur Entschädigung ihrer durch Unfall verunglückten Arbeiter abnimmt. (§ 9 Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884). Während nach dem Krankenversicherungsgesetz die Arbeiter sich selbst (unter fremder Beihilfe) versichern, versichern sich nach dem Unfallversicherungsgesetz die Arbeitnehmer gegen die Folgen ihrer Haftpflicht. Die Berufsgenossenschaft ist daher keine „Arbeiterkrankenkasse“ im Sinne des § 2, sie genießt also auch nicht das Privileg der niedrigsten Sätze. Uebernimmt demnach die Berufsgenossenschaft die Behandlung eines verletzten Arbeiters, so hat sie auf die niedrigsten Sätze keinen Anspruch; überläßt sie aber die Fürsorge für den Verletzten über den Beginn der 14. Woche hinaus der Krankenkasse, so hat Letztere nur die niedrigsten Sätze zu zahlen und die Berufsgenossenschaft daher auch nur diese zu ersetzen.

⁹⁾ Erhöhung der Mindestgebühr rechtfertigende Umstände. Gegenüber den Unbemittelten und den Armenverbänden ist unter allen Umständen nur die Mindestgebühr zu

liquidiren, gegenüber den im zweiten Satz des § 2 angeführten Zahlungspflichtigen dagegen ist zwar in der Regel ebenfalls die Mindestgebühr anzusetzen, jedoch ist eine Erhöhung in zwei Fällen, deren Vorliegen vom Arzte nachzuweisen ist, zugelassen, nämlich wenn

- a) besondere Schwierigkeiten der ärztlichen Leistung, für welche liquidirt wird, oder wenn
- b) das Mass des Zeitaufwandes einen höheren Satz rechtfertigen.

Alle übrigen Umstände, welche sonst nach der Regel des § 3 ein Abweichen vom Mindestsatz zu rechtfertigen geeignet wären, kommen hier nicht in Betracht.

Der Zusatz verdankt seine Entstehung einem Vorschlage der Aerztekammer Hessen-Nassau. Nach dem Entwurfe von 1895 sollten in den Fällen des zweiten Satzes des § 2 die Mindestsätze „in der Regel“ Anwendung finden; Ausnahmen von der „Regel“ waren nicht besonders aufgeführt, und man wäre deshalb wohl in der Praxis kaum zu festen Grundsätzen gelangt. Es war daher ein durchaus sachgemässer Vorschlag, die Ausnahmen von der Regel festzulegen, und diesem Vorschlage ist der Minister gefolgt.

a) Als besondere Schwierigkeiten der ärztlichen Leistung sind nur solche Schwierigkeiten anzusehen, welche über das in derartigen Fällen gewöhnliche Mass hinausgehen. Ist die specielle Leistung schon an sich eine schwierige, so wird dieser Schwierigkeit bereits in der Höhe der Mindestgebühr Rechnung getragen. So ist z. B. für den Kaiserschnitt bei einer Lebenden (No. 146) die Mindestgebühr bereits 50 M., also so hoch, wie die Höchstgebühr bei Entbindung durch Manual-Extraction (No. 143a). Der Arzt wird daher zur Begründung eines höheren als des Mindestsatzes durch Darlegung des Krankheitsbildes anzugeben haben, in wie fern sich der behandelte Fall von den gewöhnlichen Fällen dieser Art durch seine Schwierigkeit ausgezeichnet habe, z. B. die Anlegung einer Zange bei einer alten Erstgebärenden mit engem Becken.

b) Durch das Mass des Zeitaufwandes kann eine höhere als die Mindestgebühr auch nur dann gerechtfertigt werden, wenn der durch die Beschaffenheit der Leistung notwendig gewordene Zeitaufwand das bei einer derartigen Leistung gewöhnliche Mass übersteigt. Dabei wird zu beachten sein, dass nach No. 7, 17, 20, 21 des Tarifs dem Arzte für Zeitversäumniss über eine halbe Stunde eine Zusatzgebühr zusteht, die auch bei den Privilegirten besonders berechnet wird (vgl. Note 2 zu § 2); andererseits ist aus No. 7 des Tarifs der Grundsatz zu erkennen, dass der Zeitaufwand bis zu einer halben Stunde nicht besonders honoriert, sondern bereits in der Verrichtungsgebühr abgegolten wird. Daraus darf aber nicht mit Foerster (Note 21 zu § 2) gefolgert werden, dass eine Erhöhung der Mindestgebühr bei Zeitaufwand bis zu einer halben Stunde niemals, bei Zeitaufwand über eine halbe Stunde immer eintreten und sich letzterenfalls sogar auch auf die Zusatzgebühr der No. 7 erstrecken müsse. Ebenso unberechtigt wäre die Folgerung, dass bei Zeitaufwand über eine halbe Stunde die Erhöhung der Mindestgebühr deshalb ausgeschlossen sei, weil der grössere Zeitaufwand bereits in der Zusatzgebühr der No. 7 abgegolten werde. Alle diese Folgerungen gehen deshalb fehl, weil sie hier lediglich den absoluten Massstab der Zeitdauer anlegen wollen, welche allerdings in der Bestimmung der Tarifnummer 7 bereits berücksichtigt ist und deshalb nicht noch einen besonderen Grund der Erhöhung der Mindestgebühr abgeben kann. Soll die Ausnahmebestimmung des § 2 einen vernünftigen Sinn geben, — und dies muss man doch immer vermuthen, — so ist hier ein relativer Massstab anzuwenden, der aus der Vergleichung des Zeitaufwandes der in concreto in Betracht kommenden Leistung mit dem bei derartigen Leistungen gewöhnlichen Zeitaufwande gewonnen wird; die Erhöhung ist dann gerechtfertigt, wenn die besondere Beschaffenheit des Falles einen, über die bei derartigen Leistungen gewöhnlich aufzuwendende Zeit hinausgehenden, Zeitaufwand erfordert hat. Wie im Falle a die besondere Schwierigkeit

eine grössere Umsicht und Verantwortlichkeit bedingt, die besonders honorirt wird, so fordert hier die besondere Beschaffenheit einen grösseren Zeitaufwand, der ebenfalls besonders honorirt werden soll. Bei dieser Auslegung ist die Erhöhung der Mindestgebühr in allen Fällen möglich, mag es sich um eine Zeitdauer bis oder über eine halbe Stunde handeln.

§ 3*).

Im übrigen ist die Höhe der Gebühr innerhalb der festgesetzten Grenzen¹⁾ nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles,²⁾ insbesondere nach der Beschaffenheit und Schwierigkeit der Leistung,³⁾ der Vermögenslage des Zahlungspflichtigen,⁴⁾ den örtlichen Verhältnissen⁵⁾ etc.⁶⁾ zu bemessen.⁷⁾

*) Der § 3 enthält das wichtigste Princip der Gebührenordnung, dass die Bemessung der Gebühr innerhalb der durch den Mindest- und den Höchstsatz gegebenen Grenzen von den besonderen Umständen des einzelnen Falles abhängt.

Da der Spielraum zwischen den beiden Sätzen oft ein sehr weiter ist, so wird gerade die zweckmässige und richtige Anwendung dieses § den Werth der ganzen Gebührenordnung für Arzt und Publicum bestimmen.

¹⁾ **Einhaltung der Grenzen.** Ist es zum Prozess gekommen und eine Vereinbarung der Höhe des Honorars hat nicht stattgefunden, so darf der Richter weder unter den Mindestsatz heruntergehen, noch über den Höchstsatz hinausgehen, Letzteres selbst dann nicht, wenn noch so viele und gewichtige Momente im Einzelfalle den aufgestellten Höchstsatz zu einer ungenügenden Bezahlung der Leistung machen. Durch die festgesetzten Grenzen ist der Geldwerth der Leistung für alle Fälle nach oben und unten festgelegt.

²⁾ **Die besonderen Umstände des Falles.** Hierunter ist Alles zu verstehen, was nach dem verständigen, der Nach-

prüfung des Richters unterliegenden, Ermessen des Arztes auf die Höhe der Gebühr einzuwirken geeignet ist. Die in diesem § besonders aufgeführten Umstände, nämlich Beschaffenheit und Schwierigkeit der Leistung, Vermögenslage der Zahlungspflichtigen, örtliche Verhältnisse, sind nur Beispiele; nicht nur sind ähnliche Umstände zu verwerthen, sondern auch solche, die mit den angeführten Beispielen gar keine Aehnlichkeit haben, aber doch bei vernünftiger Beurtheilung den Werth der Leistung zu beeinflussen geeignet sind (vergl. Note 6).

⁸⁾ Die Beschaffenheit und Schwierigkeit der Leistung kommt, soweit es sich nicht um die allgemeine Leistung des Besuchs oder der Berathung, sondern um specielle technische Leistungen handelt, bereits in der Höhe der Gebührengrenzen in Berücksichtigung; es kann hier desshalb nur gemeint sein die besondere Beschaffenheit oder Schwierigkeit der gerade in concreto vorgenommenen Leistung. Während für die Beurtheilung der „Schwierigkeit der Leistung“ lediglich in Betracht kommen können die objektiven Momente des Krankheitsbildes, nicht aber solche Momente, welche in der Person des Arztes liegen, z. B. dessen geringere oder grössere Geschicklichkeit, so können bei der Beurtheilung der „Beschaffenheit der Leistung“ allerdings auch solche persönlichen Momente von Einfluss sein. Gerade aus dem Gesichtspunkte der „Beschaffenheit der Leistung“ wird es sich rechtfertigen lassen, einen höheren Satz eintreten zu lassen, wenn die Leistung von einem Spezialisten oder einer Autorität vorgenommen wird. Der Patient nimmt, zumeist noch auf Anrathen seines Arztes, die Hilfe solcher Heilkundigen gerade desshalb in Anspruch, weil er von denselben, vermöge der grösseren Geschicklichkeit oder Erfahrung, eine besonders tüchtige und wirkungsvolle Leistung erwartet.

Die Beschaffenheit der Leistung wird sich auch äussern können in der grösseren oder geringeren Zeitdauer, welche die Leistung in Anspruch nimmt. Das Mass des Zeitaufwandes wird hier in derselben Weise wie in

den Fällen des § 2 zu berücksichtigen sein (vergl Note 9b zu § 2).

4) Die Vermögenslage des Zahlungspflichtigen. Daraus, dass nach der Vorschrift des § 2 die niedrigste Gebühr anzusetzen ist, wenn der Zahlungspflichtige „unbemittelt“ ist, folgt mit Nothwendigkeit, dass gegenüber jedem anderen, in besserer Vermögenslage befindlichen Zahlungspflichtigen ein höherer als der Minimalsatz in Anwendung zu bringen ist; denn sonst wäre ja die Vermögenslage einflusslos.

Für die Beurtheilung der Vermögenslage wird der Arzt sich zwar Anhaltspunkte (z. B. Stand, Wohnungsmiethen, Geschäftsbetrieb etc. des Schuldners) verschaffen und dieselben eventuell dem Richter darlegen müssen; im Prozesse wird es aber Sache des Schuldners sein, darzuthun, dass seine Vermögenslage trotz der vom Arzte beigebrachten Anhaltspunkte eine wesentlich ungünstigere sei. Dem Arzte wird man einen ziffernmässigen Nachweis nicht zumuthen dürfen, wie Foerster (Note 28 zu § 3) anzunehmen scheint.

5) Die örtlichen Verhältnisse. Dieses Schätzungsmoment war in dem Taxentwurf von 1895 noch nicht besonders angeführt; es ist auf Wunsch einer Reihe von Aerztekammern eingeführt, welche die Berücksichtigung des Aufwandes für die Lebenshaltung des Arztes in den verschiedenen Orten, entsprechend einer Bestimmung der Taxe von 1815 verlangten.

Eine derartige Differenzirung des Gebührensatzes nach den örtlichen Verhältnissen ist in der That geeignet, die Unbilligkeit, welche in einer einheitlichen Taxe für ein so grosses und wirthschaftlich so verschieden geartetes Land wie Preussen liegen muss, auszugleichen. Von den Ausnahmefällen des § 2 abgesehen, wird sich daher wohl bald in den verschiedenen Orten, je nach ihrer Grösse und ihren Preisverhältnissen, ein gewisser Normalsatz innerhalb des Mindest- und Höchstsatzes herausbilden. Einen sehr beachtenswerthen Massstab für den Normalsatz bietet die, für sämmtliche Orte des deutschen Reiches nach Mass-

gabe der verschiedenen Theuerungsverhältnisse alle 10 Jahre, zuletzt durch Reichsgesetz vom 29. Mai 1887 (R. Gbl. S. 159), vorgenommene Eintheilung in verschiedene sog. Servisklassen. Danach giebt es 5 Servisklassen und ausserdem die Servisklasse A, zu der in Preussen nur die Städte Berlin, Frankfurt a. M. und Altona gehören. Setzt man — vorbehaltlich der weiteren Schätzungsmomente — die Mindestgebühr in den Orten der fünften Servisklasse an, so wird für die Orte einer jeden theureren Klasse eine Erhöhung der Gebühr gerechtfertigt sein.

6) **Anderweitige Schätzungsmomente.** Eine Aufzählung aller erdenklichen weiteren Momente für die Schätzung der Leistung ist natürlich unmöglich; hier mögen jedoch noch zwei Gruppen von Thatbeständen hervorgehoben werden.

a) Die ansteckenden Krankheiten. Die Medicinaltaxe von 1815 gewährte „bei allgemein anerkannt contagiösen Fiebern, durch deren Behandlung das Leben des Arztes selbst gefährdet wird“ eine Verdoppelung der Besuchsgebühr; die neue Gebührenordnung dagegen hat dieses Princip nicht mehr aufgenommen. Nichtsdestoweniger wird das Vorliegen einer ansteckenden Krankheit ein Moment sein, welches eine Erhöhung der sonst angemessenen Gebühr innerhalb der Mindest- und Höchstsätze rechtfertigt, weil hierbei der Arzt besondere Vorsichtsmassregeln für sich und seine übrigen Patienten anwenden, ja mitunter sich der Ausübung eines Theiles seiner anderweitigen Praxis enthalten muss.

b) Wenn der Thatbestand einem anderen Thatbestande ähnlich ist, welcher nach der Gebührenordnung selbst eine Erhöhung oder Ermässigung der Gebühr herbeiführt, so wird auch hierin ein die Höhe der Gebühr beeinflussendes Schätzungsmoment liegen. Ein Beispiel hierfür ist in der Tarifnummer 16 ausdrücklich hervorgehoben; danach sollen bei gewöhnlichen Krankenbesuchen bei Tage im Wohnorte des Arztes die Fuhrkosten und Zeitversäumniss, die sonst eine Zusatzgebühr rechtfertigen (No. 17), als Schätzungsmomente für die Besuchsgebühr in Betracht kommen.

Ferner wird z. B. eine besonders eingehende Untersuchung, wenn sie unter Anwendung eines anderen als der in No 5 angeführten Hilfsmittel geschieht, wegen der Aehnlichkeit mit diesem, eine Zusatzgebühr herbeiführenden Thatbestande, einen höheren Ansatz der Besuchsgebühr rechtfertigen. Auf der anderen Seite wird z. B. der gleichzeitige Besuch mehrerer Kranken in einem Hause, wegen der Aehnlichkeit mit dem Thatbestand der No. 9, einen geringeren Ansatz für den zweiten und folgenden Patienten in demselben Hause rechtfertigen.

7) **Bemessung der Gebühr.** Von principieller Bedeutung ist die Frage, in welcher Weise die Feststellung der Gebühr zu Stande kommt.

Ist eine Gebühr nicht vereinbart, so steht die Bestimmung der Höhe der Gebühr zunächst dem Arzte zu. „Bei Verträgen über Handlungen fällt nach deren Ausführung die Bestimmung des Lohnes zunächst dem Arbitrium des Handelnden anheim, welches sich jedoch innerhalb der Grenzen der Billigkeit und Angemessenheit zu bewegen hat, also der Monitur des anderen Theiles bei Berufung auf nachweisbare Ueblichkeit eines anderen Lohnes oder auf gesetzliche Taxen unterliegt.“ (Entsch. d. Obertribunals Bd. 71 S. 158 ff.) Auch nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch gilt zwar gemäss § 612 Abs. 2 die taxmässige Vergütung als vereinbart; da die Gebührenordnung aber, abgesehen von der Ausnahme des § 2 Abs. 1, keinen ziffernmässig fest bestimmten Betrag, sondern nur einen Mindest- und einen Höchstbetrag angiebt, zwischen denen ein mehr oder weniger weiter Spielraum bleibt, so ist gerade auch für diesen Fall (vergl. Raetz, zweite Lesung des Entw. Bd. I. S. 136 Note 7) im § 317 verordnet, dass die Bestimmung der Höhe der Vergütung zunächst demjenigen zusteht, welcher sie zu verlangen hat, also dem Arzt. Ebenso ist aber auch als vermuthlicher Vertragswille anzunehmen, dass die Bestimmung nicht eine rein willkürliche sein darf, sondern auf billigem Ermessen nach Massgabe der in der Gebührenordnung angegebenen Schätzungs-

momente beruhen muss. Die Bestimmung wird daher für den anderen Theil dann nicht verbindlich sein, wenn sie diesem billigen Ermessen nicht entspricht. (§ 316 Abs. 3.)

Kommt es nun zum Prozesse, so wird man nicht etwa vom Arzte verlangen können, dass er die Höhe seines Ansatzes, ausgehend vom niedrigsten Satze, durch Darlegung aller, eine Erhöhung bewirkenden Momente rechtfertige; vielmehr wird man es dem Schuldner überlassen müssen, für die Unbilligkeit des Ansatzes Momente anzugeben; erst dann hat der Arzt Veranlassung, seinen Arsatz des Näheren zu begründen. Sache des Richters ist es nun, das Vorhandensein der von beiden Theilen angegebenen Momente, eventuell unter Beihilfe von Sachverständigen, thatsächlich festzustellen. Erst wenn bei Abwägung aller in Betracht kommenden Momente der Ansatz des Arztes unbillig erscheint, wird der Richter den Ansatz ermässigen können. (§ 316 B. G. B.)

Aus dem entwickelten Grundsatz folgt, dass beim Ausbleiben des Beklagten im Verhandlungstermine der Erlass eines Versäumnissurtheils nicht dadurch bedingt ist, dass schon in der Klage die Schätzungsmomente für den Ansatz des Arztes aufgeführt sind.

§ 4*).

Verrichtungen,^{1) 2)} für welche diese Taxe Gebühren nicht auswirft,^{p)} sind nach Massgabe derjenigen Sätze, welche für ähnliche Leistungen⁴⁾ gewährt werden, zu vergüten.

*) Als einer der obersten Grundsätze der Gebührenordnung ist aus dem angehängten Tarif zu entnehmen, dass principiell für jede besondere Verrichtung eine besondere Gebühr in Ansatz gebracht werden kann. (Ausnahme No. 5, 6, 7).

Da aber bei der Mannigfaltigkeit der erforderlichen Dienstleistungen und dem Fortschreiten der ärztlichen Kunst jede, auch noch so ausgedehnte Aufzählung von ge-

bührenpflichtigen Thatbeständen doch wieder durch die Praxis des täglichen Lebens überholt werden würde, hat man zu dem Aushülfsmittel der Analogie seine Zuflucht nehmen müssen. Danach ist es gestattet, den einzelnen Gebührensatz auch da zur Anwendung zu bringen, wo der als Voraussetzung für seine Anwendung aufgestellte Thatbestand nicht vollständig, sondern nur annähernd vorliegt.

1) **Begriff der Verrichtung.** Die Gebührenordnung gebraucht, ohne den geringsten erkennbaren Unterschied, zur Bezeichnung der ärztlichen Dienstleistung zwei verschiedene Ausdrücke, „Leistung“ und „Verrichtung“. Die Annahme von Foerster (Note 8 zu § 1), dass „Leistung“ die allgemeine Bezeichnung für alle in den Bereich des ärztlichen Berufs fallende Thätigkeitsakte, „Verrichtung“ aber, ebenso wie „Besuch“, „Berathung“, „Verordnung“, eine besondere Erscheinungsform dieser Thätigkeit sei, findet in der Gebührenordnung selbst keine Begründung. Nicht nur sind im § 4 die beiden Ausdrücke synonym gebraucht, sondern es zeigt insbesondere auch der Tarif selbst (Abschnitt II), dass „Verrichtung“ die allgemeine Bezeichnung für die ärztliche Dienstleistung und nicht die Bezeichnung für eine besondere Thätigkeit ist. Sämmtliche Gebührensätze des Tarifs (Abschnitt II.) sind nämlich unter zwei grossen Rubriken aufgeführt: „A. Allgemeine Verrichtungen“ (No. 1 bis 43) und „B. besondere Verrichtungen“ (No. 44 bis 163); es giebt also gar keine gebührenpflichtige Leistung, welche nicht entweder zu den allgemeinen oder besonderen Verrichtungen gehört, m. a. W. jede gebührenpflichtige Leistung ist im Sinne der Gebührenordnung eine „Verrichtung“, und in die Klasse der „Verrichtungen“, und zwar zu den allgemeinen Verrichtungen, gehört auch der Besuch (No. 1, 2), die Berathung (No. 3, 4) etc.

Diese Begriffsbestimmung ist gerade für die Anwendung des § 4 von grosser Bedeutung; sie ermöglicht die analoge Anwendung für jede Art von Dienstleistung, während nach der Foerster'schen Auslegung die analoge Anwendung

auf das engere Gebiet der von ihm als „Verrichtung“ angesehenen Leistungen beschränkt wäre.

2) **Einschränkung der analogen Anwendung.** Gerade, weil der Begriff der „Verrichtung“ eine jede Art von Dienstleistung umfassender ist, bedarf die Anwendung des § 4 einer Einschränkung. Eine besondere Bezahlung kann nur für solche Verrichtungen verlangt werden, die eine selbstständige Dienstleistung darstellen und nicht etwa nur ein integrierender Bestandtheil eines, unter einer Gesamtbezeichnung aufgeführten Tätigkeitscomplexes sind. So sind z. B. im Falle einer mit dem Operations-Cystoskop vorgenommenen Operation an der Blase sämtliche vor der Operation erforderlichen Hilfsverrichtungen, wie Ausspülen der Blase und Einführung des Cystoskops, bereits durch die Gebühr für die Operation abgegolten, wenngleich sie für den Fall, dass sie selbstständig ohne Operation vorgenommen werden, nach No. 110 und 111 besonders zu vergüten sind.

3) **Gebiet der analogen Anwendung.** Die Anwendung des § 4 hat zur Voraussetzung, dass für die Verrichtung in concreto eine Gebühr nicht ausgeworfen ist, sodass ohne Anwendung des § 4 eine Gebühr nicht zu finden ist. Leistet z. B. bei einem Eisenbahnunfall ein unter den Passagieren befindlicher Arzt ärztliche Hilfe, so liegt weder „ein Besuch des Arztes bei dem Kranken“ (No. 1) noch „die Berathung eines Kranken in der Wohnung des Arztes“ (No. 2) vor; für diesen Fall ist also (von einer besonderen Verrichtung abgesehen) eine Gebühr nicht ausgeworfen, und es muss die „ähnliche“ Leistung gefunden werden, entweder No. 1 oder No. 2, obgleich die Thatbestände beider Positionen nicht vorliegen.

Ist aber umgekehrt für eine Verrichtung eine Gebühr allgemein oder besonders ausgeworfen, so bleibt es bei dieser Gebühr, wenn auch der Thatbestand in concreto dem Thatbestande eines anderen Gebührensatzes noch so ähnlich ist (vergl. Note 6b zu § 3).

4) **Aehnliche Leistungen.** Die analoge Anwendung wird immer etwas Willkürliches an sich haben; sie ist tatsächlich eine in die Hand des Arztes gelegte Ergänzung der Gebührenordnung, die zur Vermeidung einer Rectification durch den Richter grosse Vorsicht erfordert. Ob ein ähnlicher Thatbestand vorliegt, wird eventuell der Richter nur an der Hand von medicinischen Gutachten entscheiden können.

Lässt sich für einen concreten Fall ein ähnlicher Thatbestand im Tarif nicht auffinden, so ist für diesen Fall eine Taxe im Sinne des § 80 Gew.-O. nicht vorhanden, und die Vergütung muss vom Richter an der Hand des Gutachtens eines medicinischen Sachverständigen in angemessener Höhe bestimmt werden. (§ 873 A. L. R. I, 11 und § 612 Abs. 2 B. G. B.) Je nach der praktischen Bedeutung der erkannten Lücke mag dann eine Ergänzung durch den Minister beantragt werden.

§ 5.

Die gegenwärtige Gebührenordnung tritt am 1. Januar 1897 in Kraft.¹⁾

1. **Uebergangsbestimmungen** sind nicht gegeben; sie sind daher aus den allgemeinen Rechtsregeln zu entwickeln.

a) Honoraransprüche, welche vor dem 1. Januar 1897 entstanden sind, unterliegen, auch wenn erst nach dem 1. Januar 1897 liquidirt oder geklagt wird, den Bestimmungen der bis dahin geltenden Taxen.

b) Wenn die ärztliche Behandlung vor dem 1. Januar 1897 begonnen hat und nach diesem Zeitpunkte fortgesetzt wird, so ist für den Gebührenansatz entscheidend der Zeitpunkt des Vertragsschlusses (s. § 2 Note 1) und beim Mangel eines Vertrages der Zeitpunkt der Leistung. Da der Inhalt des Vertrages aber für den Arzt dahin geht, dass derselbe Alles dasjenige zu leisten übernimmt, was nach seinem sachverständigen Ermessen zur Beseitigung des Krankheits-

zustandes erforderlich ist, die Vertragsleistung daher nicht in getrennten Einzeldiensten, sondern in der Gesamt-Behandlung besteht, so ist für die Vergütung der ganzen Behandlung einheitlich massgebend die Taxe, wie sie zur Zeit der Uebernahme der Behandlung, spätestens also des Beginns der Behandlung bestanden hat. Wird also z. B. eine Impfung am 31. Dezember 1896 vorgenommen, die Nachschau und Ausstellung des Impfscheins aber erst im Januar 1897, so ist doch der Satz der alten Taxe massgebend.

Würde im Laufe einer vor dem 1. Januar 1897 begonnen ärztlichen Behandlung bei dem Patienten nach dem 1. Januar 1897 eine neue Krankheit auftauchen, z. B. eine Lungenentzündung bei einem am Keuchhusten erkrankten Kinde, so würde der Arzt für diejenigen Verrichtungen, welche sich ausschliesslich auf die Behandlung der Lungenentzündung beziehen, die Sätze der neuen Taxe zu liquidiren haben.

II. Gebühren für approbirte Aerzte¹⁾.

A. Allgemeine²⁾ Verrichtungen³⁾.

Die in den folgenden Nummern bezeichneten Leistungen unterliegen nachstehenden Gebührensätzen:

1. der erste Besuch ⁴⁾⁵⁾ des Arztes bei dem Kranken ⁶⁾ 2—20 M.
2. jeder folgende ⁷⁾ im Verlaufe derselben Krankheit ⁸⁾ 1—10 M.
3. die erste ⁹⁾ Berathung ¹⁰⁾ eines Kranken in der Wohnung des Arztes ¹¹⁾ 1—10 M.
4. jede folgende ¹²⁾ Berathung in derselben Krankheit ¹³⁾ 1—5 M.

1) Der Abschnitt II gilt nur für die approbirten Aerzte, nicht auch für die Zahnärzte. Er zerfällt in einen allgemeinen Theil mit 43 Positionen und in einen besondern mit 120 Positionen.

2) Die Gebührenordnung unterscheidet in Anlehnung an die Medicinaltaxe von 1815 zwischen Mühewaltungen, die lediglich der frühere Medicus vorzunehmen pflegte („allgemeine Verrichtungen“), und solchen, die in die Domäne des früheren Wundarztes resp. Geburtshelfers („besondere Verrichtungen“) fielen. Heute ist diese Differenzirung natürlich veraltet: wer die Approbation als Arzt besitzt, darf damit jegliche, in das Bereich des Arztes fallende Thätigkeit ausüben und kann auch den dafür in der Gebührenordnung ausgeworfenen Satz beanspruchen. Zu den „allgemeinen“ Verrichtungen gehören nach der neuen Gebührenordnung auch die verschiedenen Categorien von Besuchen, sowie die Verordnung und einige technische Leistungen, während das Gros der technischen Verrichtungen in dem „besondern“ Theil behandelt wird.

3) Nach dem Sprachgebrauch der neuen Gebührenordnung ist „Verrichtung“ vollkommen identisch mit „Leistung“ des Arztes; jede berufsmässige Mühewaltung des Arztes, z. B. auch das längere Verweilen beim Kranken, ist eine Verrichtung im Sinne der Gebührenordnung. Wie schon in der Einleitung hervorgehoben, berechtigt principiell eine jede Verrichtung zu einer besonderen Gebühr; auf die Ausnahmen wird bei No. 6 näher eingegangen werden.

4) Die Gebührenordnung unterscheidet wie die früheren Taxen den „Besuch“ und die „Berathung“ eines Kranken; charakteristisch für den Begriff des Besuches ist, dass der Arzt den Kranken in der Wohnung oder an seinem sonstigen Aufenthalt, z. B. den Verunglückten auf der Strasse, aufsuchen muss.

Bei der „Berathung“ fällt im Gegensatz zu dem „Besuch“ der Weg zum Kranken fort. Dabei ist es nicht nothwendig, dass der Kranke selbst den Arzt in der Wohnung aufsucht, sondern die Berathung kann auch ohne

Anwesenheit des Patienten, z. B. per Telephon oder durch einen Boten erfolgen; immerhin ist auch dies eine Berathung des Kranken. Auch die Position 14 der Taxe von 1815 („ein aus dem Hause abgeholtes Rezept“) fällt demnach unter den Begriff „Berathung“.

5) Was als „erster“ Besuch zu verstehen ist, ist schwerer zu definiren, als im Einzelnen zu bestimmen; immer aber giebt es im Laufe der Erkrankung nur einen „ersten“ Besuch. Zu „derselben“ Krankheit sind naturgemäss auch eventuell auftretende Complicationen zu rechnen.

Auch die Taxe von 1815 unterschied, wie alle vorangegangenen preussischen Medicinal-Ordnungen, zwischen „erstem“ und „folgendem“ Besuch; zur Erklärung dieser Unterscheidung erging der Ministerial-Erlass vom 18. Juni 1859 (abgedruckt bei Pistor. Das Gesundheitswesen in Preussen. Bd. I. S. 189), dessen Inhalt auch für die neue Gebühren-Ordnung noch verwendbar ist und deshalb hier wortgetreu wiedergegeben werden mag:

„Was sodann den Zweifel in Betreff des „ersten Besuchs“ Position 1, I der Taxe anbetrifft, so erscheint derselbe ebenso wenig begründet, als die Annahme, dass unter dem ersten Besuch desselben Kranken nur der erste Besuch innerhalb eines Kalenderjahres zu verstehen sei. Als erster Besuch im Sinne der Taxe ist unzweifelhaft der erste Besuch desselben Kranken während einer und derselben Krankheit zu verstehen, so dass, wenn der Kranke nach eingetretener Genesung wieder erkrankt, der erste Besuch während dieser neuen Krankheit auch als solcher nach Pos. 1, I der Taxe zu honoriren ist. Der Nachweis, dass ein mehrmals als solcher liquidirter erster Besuch bei einer wiederholten Erkrankung desselben Patienten stattgefunden, kann in der Regel dem Arzte, bis der Patient solchen Nachweis verlangt, zweifelsohne stets dann erlassen werden, wenn zwischen dem zweiten und den folgenden Besuchen einerseits und dem hiernächst liquidirten ersten Besuch anderer-

seits ein solcher Zwischenraum liegt, dass bei der stets zu vermuthenden Sorgfalt des behandelnden Arztes nicht füglich anzunehmen ist, der zuletzt erwähnte erste Besuch hätte noch der früheren Krankheit gegolten. Darin wird auch durch das Verhältniss des Hausarztes nichts geändert, wenn nicht etwa mit diesem ein festes Jahreshonorar verabredet ist. Die Annahme aber, dass der erste Besuch nur mit Rücksicht auf die Schwierigkeit einer näheren Kenntniss von der Individualität des Kranken höher, als die folgenden zu honoriren sei, ist nicht geeignet, die Ansicht zu unterstützen, dass als erster Besuch nur der erste Besuch desselben Kranken innerhalb eines Kalenderjahres zu liquidiren sei, da alsdann in den folgenden Jahren ein Besuch bei demselben, dem Arzt schon bekannten Kranken gar nicht dürfte als solcher liquidirt werden. Der erste Besuch soll offenbar mit Rücksicht auf die Schwierigkeit der Diagnose höher als die folgenden honorirt werden.“

6) Voraussetzung für die Besuchsgebühr ist, dass der Besuch „bei dem Kranken“ gemacht wird. Besucht z. B. der Arzt auf Verlangen eines Angehörigen des in einer Anstalt befindlichen Kranken diesen Angehörigen behufs Berathung über den Krankheitsfall (ohne dass der Arzt den Patienten gesehen hat), so ist hierfür nicht die Besuchsgebühr, sondern nur eine Gebühr für die Berathung, allerdings mit einer Erhöhung für die Mühewaltung des Weges zu liquidiren.

Die Besuchsgebühr hat aber nicht zur Voraussetzung, dass es zu einer Untersuchung des Kranken resp. Verordnung wirklich kommt. Alleinige Voraussetzung für die Honorirung ist die Thatsache, dass der Besuch bei dem Kranken gefordert und ausgeführt ist. Findet also der gerufene Arzt am Krankenbett bereits einen anderen Arzt vor und muss er sich weiterer Thätigkeit enthalten, so hat er dennoch Anspruch auf Besuchsgebühr; nur wird bei deren Bemessung der Fortfall jeder weiteren Thätigkeit eine Ermässigung der sonst angemessenen Besuchsgebühr herbeiführen müssen.

7) „Folgender“ Besuch ist jeder, der nicht als „erster“ Besuch anzusehen ist, z. B. auch ein der Reihenfolge nach erster Besuch beim Kranken nach vorangegangener Berathung.

8) Die Krankheit gilt dann als beendet, wenn der Patient aus der Behandlung entlassen ist; erkrankt er nach längerer oder kürzerer Zeit noch einmal an derselben Krankheit z. B. an Angina lacunaris, so kann für jede neue Erkrankung ein erster Besuch liquidirt werden. Liegt ein chronisches Leiden z. B. Lungenphthise vor, so kann es hierbei mehrere „erste“ Besuche geben, wenn nämlich der Patient von einer Attaque gebessert aus der Behandlung entlassen war und wegen einer neuen Erscheinungsform z. B. Kehlkopfgeschwür, von Neuem den Arzt in Anspruch nehmen muss, mag auch der Patient wiederholt aus der Behandlung entlassen worden sein.

9) Was für den „ersten“ Besuch gilt, gilt auch mutatis mutandis für die „erste“ Berathung; vgl. Anmerkung 5.

10) Unter Berathung ist die Rathsertheilung des Arztes und zwar nicht nur in dessen Wohnung, sondern im Gegensatz zu dem Besuch, bei welchem der Arzt sich zu dem Kranken zu begeben hat, an jedem Aufenthaltsorte des Arztes zu verstehen.

11) Es soll mit „in der Wohnung des Arztes“ ausgedrückt werden, dass bei der Berathung, als Unterscheidung vom Besuch der Weg zum Kranken wegfällt.

12) „Folgende“ Berathung ist jede, die nicht als „erste“ Berathung anzusehen ist.

13) Vgl. die analogen Ausführungen in Anmerkung 8.

5. Die Gebühr für den Besuch bzw. die Berathung schliesst die Untersuchung¹⁴⁾ des Kranken und die Verordnung¹⁵⁾ mit ein.

Findet jedoch eine besonders eingehende Untersuchung¹⁶⁾ unter Anwendung des Augen-, Kehlkopf-, Ohren-, Scheidenspiegels oder des Mikroskops¹⁷⁾ statt,

so können hierfür ¹⁸⁾ 2—5 M. besonders berechnet werden.

¹⁴⁾ Darunter ist zu verstehen die vom practischen Arzt zum Zwecke der Diagnose vorgenommene gewöhnliche Untersuchung in Bezug auf Herz, Lunge, Magen etc.; ebenso auch die Temperaturmessung, die chemische Untersuchung des Harns auf Zucker und Eiweiss.

¹⁵⁾ D. h. die eventuell zu verschreibenden Heilmittel und Vorschriften über die Art ihrer Anwendung sowie diätetische Verhaltensmassregeln. Die Medicinaltaxe von 1815 hatte dafür den Zusatz „mit Inbegriff der zu verschreibenden Rezepte“; ebenso ist in einem Tax-Entwurf des Ministers vom Jahre 1876 das Wort „Rezept“ hierbei direct erwähnt. Indessen ist auf der andern Seite die Untersuchung und das Rezept für Entstehung des Anspruchs auf die Besuchs- resp. Berathungsgebühr durchaus nicht erforderlich.

¹⁶⁾ Unter „besonders eingehende Untersuchung“ hat man eine solche zu verstehen, bei der irgend eine besondere, in der gewöhnlichen Untersuchung nicht eingegriffene Leistung des Arztes zum Zwecke der Diagnose erforderlich ist.

¹⁷⁾ Nicht jede besonders eingehende Untersuchung darf besonders berechnet werden, sondern nur diejenigen, welche in diesem Absatz namentlich angeführt sind. Dass nur dies die Absicht des Ministers war, zeigt die Entstehungsgeschichte dieses Passus: während es nämlich in No. 5 des Entwurfes vom Jahre 1895 hiess: „mit dem Augen-, Kehlkopf-, Ohren-, Scheidenspiegel und dergl.“, ist in der Gebührenordnung der Zusatz „und dergl.“ gestrichen worden.

Sind ähnliche Untersuchungen erforderlich, z. B. mit dem Oesophagoscop, Gastroskop etc., so ist principiell eine Untersuchungsgebühr nach No. 5 Abs. 2 nicht zulässig; doch wird in einem solchen Falle nach § 3 der allgemeinen Bestimmungen eine höhere Besuchsgebühr liquidirt werden dürfen.

Schon hier sei darauf aufmerksam gemacht, dass nach der besonderen Vorschrift der No. 110 für die Untersuchung mit dem Cystoskop ebenfalls eine besondere Gebühr und zwar 5 bis 20 liquidirt werden darf. Vgl. im Uebrigen die Anmerkung zu Nummer 110.

18) Sind mehrere derartiger Untersuchungen erforderlich, so ist für jede einzelne die betreffende Gebühr zu entrichten, ebenso wenn diese Untersuchung wiederholt werden muss; doch ist nach dem der Gebührenordnung zu Grunde liegenden Prinzip zweifelhaft, ob nicht auch hierbei im Wiederholungsfalle eine Ermässigung stattzufinden hat.

Da diese Gebühr als besondere Verrichtungsgebühr von der gewöhnlichen Besuchsgebühr unabhängig erscheint, so ist sie auch in denjenigen Fällen zu zahlen, in denen das Honorar für den Besuch nach No. 6 wegfällt; vgl. Anmerkung 20.

Wenn also z. B. ein unbemittelter Patient mit Morbus Brightii sich dem Arzte in der Sprechstunde vorstellt, und der Arzt eine mikroskopische Untersuchung des Harnes, sowie eine Untersuchung mit dem Augenspiegel vornimmt, so hätte der Patient dafür zu entrichten: die Mindestgebühr für die Berathung von 1 Mark, für die mikroskopische Untersuchung und die Untersuchung mit dem Augenspiegel je 2 Mark, in Summa also 5 Mark.

6*). Für Besuche oder Berathungen bei Tage¹⁹⁾ (vergl. No. 10), bei denen eine derjenigen Verrichtungen vorgenommen wird, für welche nach dieser Gebührenordnung eine Gebühr von mehr als 10 M.²⁰⁾ zu entrichten ist²¹⁾, darf eine besondere²²⁾ Vergütung nicht berechnet werden²³⁾.

*) Von dem in der Gebührenordnung — im Gegensatz zu der früheren Medicinaltaxe — aufgestellten allgemeinen Prinzip: „für jede Verrichtung eine besondere Gebühr“ bildet diese Position unter gewissen Bedingungen eine Ausnahme.

¹⁹⁾ Nach No. 10 der Gebührenordnung ist unter dem Ausdruck „bei Tage“ abweichend von der Taxe von 1815 die Zeit von 7 Uhr Morgens bis 9 Uhr Abends zu verstehen (bisher nach I. 11. von 6 Uhr Morgens bis 10 Uhr Abends.)

²⁰⁾ Der Wegfall der Besuchsgebühr resp. der Gebühr für die Berathung ist an zwei Voraussetzungen geknüpft, welche beide gleichzeitig zutreffen müssen: einmal muss es sich um einen Besuch (Berathung) am Tage handeln und zweitens muss im besonderen Falle für die Verrichtung nach der Gebührenordnung mehr als 10 Mark liquidirt werden. Wird also z. B. Nachts eine Verrichtung vorgenommen, für welche mehr als 10 Mark zu entrichten ist, so muss unabhängig von der Höhe dieser letzteren Gebühr der Nachtbesuch besonders honorirt werden; ebenso muss auch bei Tage, wenn der Satz für die Verrichtung nicht mehr als 10 Mark beträgt, regelmässig sowohl die Gebühr für den Besuch (Berathung), als auch diejenige für die Verrichtung vergütet werden.

Zweifelhaft kann es sein, ob auch die Gebühr für einen Besuch, der am Tage sofort oder zu einer bestimmten Stunde gemacht wird (No. 11), wegfallen muss, wenn für eine sich anschliessende Verrichtung mehr als 10 Mark entrichtet wird. Die Gebührenordnung unterscheidet bekanntlich und honorirt verschieden die gewöhnlichen Besuche („im Verlaufe des täglichen Rundganges“) und diejenigen, die sofort oder zu einer bestimmten Stunde gefordert werden; zu den letzteren gehört der Nachtbesuch und der Tagesbesuch nach No. 11. Da nun bei einer zur Nachtzeit vorgenommenen Verrichtung regelmässig die Gebühr für die Verrichtung wie für den Besuch bei Nacht zu zahlen ist, so muss man annehmen, dass das Gleiche auch für den sofortigen Tagesbesuch (No. 11) beabsichtigt war. Die volle Gebühr für einen derartigen Besuch am Tage neben der Gebühr für die Verrichtung (von mehr als 10 Mark) in Ansatz zu bringen, würde gegen No. 6 verstossen, da ja die Gebühr für den gewöhnlichen Besuch gleichsam in dem Honorar für die

Verrichtung inbegriffen ist. Es wäre deshalb in einem solchen Falle, d. h. wenn der Besuch am Tage sofort oder zu einer bestimmten Stunde gemacht wird und sich an einen solchen Besuch eine Verrichtung (z. B. die Reposition und der Verband einer Fractur) schliesst, für welche der Arzt mehr als 10 Mark liquidiren darf, neben der Verrichtungsgebühr auch am Tage die gewöhnliche Besuchsgebühr einfach zu entrichten (für einen derartigen Tagesbesuch ohne Verrichtung ist das Doppelte der Besuchsgebühr zu No. 1 und No. 2 zu zahlen). Würde im Streitfalle der Richter nach dem Buchstaben, nicht nach dem Geiste der Gebührenordnung, die Gebühr für den Besuch überhaupt streichen, so kann dann nach § 3 der allgemeinen Bestimmungen die Verrichtung mit dem höheren Satze in Ansatz gebracht werden. Dagegen wäre es nicht zulässig, die weggefallene Gebühr für den gewöhnlichen Besuch bei dem Honorar für die Verrichtung zu liquidiren, d. h. die letztgedachte Gebühr entsprechend zu erhöhen.

²¹⁾ Es kommt nicht darauf an, ob nach der Gebühren-Ordnung für die betreffende Verrichtung eine Gebühr von mehr als 10 Mark festgesetzt ist, sondern wie viel nach den besonderen Umständen des Falles (§ 2 und § 3) zu entrichten ist.

²²⁾ D. h. die Gebühr für den Besuch oder die Berathung fällt in diesem Falle fort.

²³⁾ Um im einzelnen Falle neben der Verrichtungsgebühr auch die Besuchsgebühr liquidiren zu können, was bei den Mindestsätzen fast regelmässig der Fall sein wird, empfiehlt es sich, die besondere Verrichtungsgebühr in denjenigen Fällen, in welchen dieselbe nach der Gebühren-Ordnung mit nicht viel mehr als 10 Mark festgesetzt ist, nur mit 10 Mark in Ansatz zu bringen; dann ist die Besuchsgebühr ausserdem ohne Weiteres zulässig.

Die Zuschlagsgebühr für eine „besonders eingehende Untersuchung“ kann, auch wenn die Besuchsgebühr fortfällt, eventuell neben der besonderen Verrichtungsgebühr in Ansatz gebracht werden.

7*). Muss der Arzt nach der Beschaffenheit des Falles²⁴⁾ oder auf Verlangen des Kranken oder seiner Angehörigen²⁵⁾ länger als eine halbe Stunde verweilen²⁶⁾, so stehen ihm für jede weitere angefangene halbe Stunde 1,50—3 M.²⁷⁾ zu. Diese Gebühr fällt fort, wenn bei dem Besuch eine Entschädigung für die durch denselben veranlasste Zeitversäumniss berechnet wird²⁸⁾.

*) Aus No. 7 ergeben sich folgende Grundsätze: Das Verweilen des Arztes am Krankenbett bis zu der Dauer einer halben Stunde wird durch die Besuchsgebühr abgegolten; für weiteres Verweilen, und zwar nach angefangenen halben Stunden gerechnet, kann die besondere „Verweilgebühr“ liquidirt werden; jedoch nicht wenn die Zeitversäumniss schon in einer anderen Gebühr (No. 17 und 21) berücksichtigt ist.

Ein übermässiges Verweilen am Krankenbett wird, wenn es durch die aussergewöhnliche Beschaffenheit des Falles geboten ist, gemäss § 3 in einer erhöhten Besuchsgebühr resp. Verweilgebühr abgegolten.

24) Z. B. bei bedenklichen Zuständen, Ohnmacht, Blutungen etc. Ob und weshalb die längere Anwesenheit bei dem Kranken im einzelnen Falle erforderlich war, wird der Arzt eventuell vor Gericht anzugeben haben.

25) Angehörige sind die Verwandten des Kranken. Die hier bestimmte Grenze erscheint zu eng, da es nicht zu den Seltenheiten gehört, dass das Verlangen, am Krankenbett länger zu verweilen, auch von anderen Personen gestellt wird. Hier wird die No. 7 gemäss des § 4 der allgemeinen Bestimmungen analog anzuwenden sein, z. B. wenn das Verlangen von der Herrschaft des erkrankten Gesindes gestellt wird oder von demjenigen, der zur Behandlung eines Kranken den Auftrag ertheilt hat oder überhaupt zur Bezahlung des Arztes verpflichtet ist.

26) Die „Verweilgebühr“ steht dem Arzte zu, gleichgültig, ob es sich um einen gewöhnlichen, sofortigen oder

Nachtbesuch handelt; im letzteren Falle ist die Verweilgebühr doppelt bis dreifach zu berechnen. Ebenso ist gleichgültig, ob bei Gelegenheit dieses Besuches eine sonstige gebührenpflichtige Verrichtung vorgenommen wird oder nicht.

27) Welcher Betrag innerhalb der angegebenen Grenzen im einzelnen Falle zu liquidiren ist, richtet sich wie überall nach den Bestimmungen von § 3.

28) Eine Entschädigung für die Zeitversäumniss wird berechnet im Falle der No. 17 und 21. Im ersten Falle gilt als Zeitversäumniss sowohl die auf den Weg (hin und zurück) verwendete als auch die bei dem eigentlichen Besuch des Kranken erforderlich gewesene Zeit. Streng genommen fällt also hier die „Verweilgebühr“ nicht fort, sondern es wird nur ein anderer Modus der Berechnung zu Grunde gelegt. Anders dagegen, wenn der Arzt eine grössere Reise von mehr als 10 Stunden Dauer unternimmt (No. 21). In der Vergütung hierfür liegt dann bereits die Entschädigung für die ganze Zeitversäumniss, also auch für die auf den Besuch des Kranken verwendete Zeit.

8*). Mehr als zwei Besuche an einem Tage²⁹⁾ können nur dann berechnet werden, wenn dieselben im Einverständniss³⁰⁾ mit dem Kranken oder dessen Angehörigen³¹⁾ erstattet werden oder nach der Beschaffenheit des Falles³²⁾ geboten sind.

*) Die No. 8 beschränkt das Ermessen des Arztes bezüglich der Anzahl seiner Besuche, indem sie die Berechnung von mehr als 2 Besuchen täglich an die Bedingung knüpft, dass dieselben entweder durch die Beschaffenheit des Falles geboten waren, oder im Einverständniss mit dem Kranken oder dessen Angehörigen erstattet wurden.

Werden nur 2 Besuche an einem Tage gemacht, so wird ohne Weiteres dem Arzte solange geglaubt werden müssen, dass 2 Besuche erforderlich waren, bis der Zahlungspflichtige nachweist, dass die Besuche unnöthig waren. Nach der Taxe von 1815 (I. 12) musste im Gegensatz hierzu

bei chronischen Krankheiten schon die Nothwendigkeit von 2 Besuchen täglich nachgewiesen werden.

²⁹⁾ „An einem Tage“ heisst, wie die Taxe von 1815 richtiger vorschrieb, „täglich“; d. h. vom Beginn bis zum Ende eines Tages (Mitternacht zu Mitternacht). Eine Unterscheidung von Tag- und Nachtbesuch ist hier nicht gemacht.

³⁰⁾ „Einverständniss“ liegt vor, wenn entweder der Kranke vorher darum bittet oder seine Zustimmung dadurch zu erkennen giebt, dass er dagegen keinen Einspruch erhebt. Das letztere genügte nach der alten Taxe, die eine directe vorherige Aufforderung verlangte, nicht.

³¹⁾ Siehe die Anmerkung 25.

³²⁾ Siehe die Anmerkung 24.

9*). Sind mehrere zu einer Familie³³⁾ gehörende und in derselben Wohnung befindliche³⁴⁾ Kranke gleichzeitig³⁵⁾ zu behandeln, so ermässigt sich der Gebührensatz für die zweite und jede folgende Person auf die Hälfte der Sätze zu No. 1 und 2³⁶⁾ ³⁷⁾.

*) Ebenso wie die Gebührenordnung in No. 3 und 4 eine Ermässigung der Gebühren zu No. 1 und 2 eintreten lässt, weil der Weg zum Kranken fortfällt, so tritt auch in No. 9 wegen Wegfalls eines besonderen Weges eine Ermässigung in dem Falle ein, wo bei Gelegenheit eines Besuches noch andere Kranke desselben Hausstandes behandelt werden. Kommen dagegen zwei Familienangehörige in die Sprechstunde des Arztes zur Berathung, so tritt die Ermässigung nicht ein.

³³⁾ Zur Familie sind zu rechnen alle zu demselben Hausstand gehörige Personen z. B. auch das Gesinde; gleichgültig dabei ist, ob diese Personen ständig zum Haushalt gehören, oder sich nur vorübergehend auf Besuch in der Familie aufhalten.

³⁴⁾ Die zu demselben Hausstande gehörigen Personen müssen sich sämmtlich in derjenigen Wohnung, in welcher

der Haushalt geführt wird, befinden, da sonst ein Fortfall des Weges, der die Ermässigung begründet, nicht vorliegen würde.

³⁵⁾ „Gleichzeitig“ d. h. bei Gelegenheit desselben Besuches.

³⁶⁾ Hervorzuheben ist, dass die Ermässigung nur für die Sätze von No. 1 und 2, also für den ersten und zweiten einfachen Besuch gilt, nicht jedoch für alle anderen Verrichtungen, welche bei dem zweiten Kranken erforderlich waren, wie besonders eingehende Untersuchung (No. 5 Absatz 2), etwaige Operation u. s. w. Als erster Besuch für das zweite erkrankte Familienmitglied ist derjenige anzusehen, bei welchem zum ersten Male der zweite Kranke den Arzt in Anspruch genommen hat. Wenn also in einer Familie ein Kind A erkrankt, und der behandelnde Arzt am dritten Besuchstage auch die Behandlung des zweiten Kindes B übernimmt, so hat der Arzt für diesen dritten Besuch zu beanspruchen: für A das Honorar für einen folgenden Besuch, für B die Hälfte der Gebühr für einen ersten Besuch. Wenn der Arzt aber am vierten Besuchstage beide Kinder behandelt, so hat er für diesen Besuch zu liquidiren: vom Kinde A die Gebühr für einen folgenden Besuch, vom Kinde B die Hälfte der Gebühr für einen folgenden Besuch. Die Höhe der Gebühr für den zweiten oder folgenden Kranken ist aber ebenfalls zunächst nach § 3, insbesondere nach der Beschaffenheit dieses Falles, selbstständig zu bestimmen; sie ist nicht etwa immer nur eine Quote der Besuchsgebühr für den ersten Kranken. So kann es kommen, dass eventuell wegen der Schwierigkeit der Leistung beim Zweiterkrankten trotz der Bestimmung von No. 9 ein gleich hoher oder höherer Betrag liquidirt werden kann, als für die Behandlung des Ersterkrankten. Muss der Arzt bei einem solchen gemeinschaftlichen Besuche länger als eine halbe Stunde verweilen, so steht ihm die Verweilgebühr nur einmal zu.

³⁷⁾ Eine gleiche Bestimmung hatte die Taxe von 1815 (I. 5.) Dasselbe sollte aber auch bei Pensions- und ähn-

lichen Anstalten gelten; ein Runderlass des Ministers vom 6. XI. 1841 dehnte diese Bestimmung auch auf Besuche in Gefängnissen aus. Nun kann man zwar bei Pensionen annehmen, dass die Pensionaire sämmtlich zu einem Hausstande gehören, und deswegen die No. 9 auch auf Besuche in Pensionen anwenden. Auf Besuche in Gefängnissen aber ist No. 9 in ihrer jetzigen Fassung nicht anwendbar, wenngleich der gesetzgeberische Grund für die Ermässigung auch bei ihnen vorliegen mag. Der Erlass von 1841, der eine Ergänzung der früheren Taxe enthält, ist mit ihr aufgehoben. Praktisch wird dies indessen keine grosse Bedeutung haben, da Besuche in Gefängnissen wohl nur von angestellten Gefängnissärzten gemacht werden. Uebrigens würde hier nur nach § 2 zu liquidiren sein.

10*). Für Besuche und Berathungen in der Zeit zwischen⁸⁸⁾ 9 Uhr Abends und 7 Uhr Morgens⁸⁹⁾ das Zwei- bis Dreifache⁴⁰⁾ der Gebühr zu No. 1 bis 4⁴¹⁾ und zu No. 7⁴²⁾.

Die Gebühr unter No. 2 ist jedoch nicht unter 3 Mk. zu bemessen⁴³⁾ 44).

*) Wie die Gebührenordnung für gewisse Fälle (No. 2 und 4) eine Ermässigung der Besuchs- resp. Berathungsgebühr vorschreibt, so gewährt sie in No. 10 für die genannten Leistungen sowie für das längere Verweilen am Krankenbett zur Nachtzeit eine Erhöhung der gewöhnlichen Gebühr. Neben der Gebühr für den Besuch resp. die Berathung ist zwar eine sich anschliessende Verrichtung Nachts (nach No. 6) regelmässig besonders zu vergüten. Dagegen findet eine Erhöhung der technischen Verrichtungs-Gebühr für die Verrichtung bei Nacht nicht statt; wenn aber die Vornahme einer solchen Verrichtung bei Nachtzeit mit gewissen Schwierigkeiten verknüpft ist, so darf nach den allgemeinen Bestimmungen des § 3 ein höherer Satz für diese Verrichtung bean-

sprucht werden. Wenn also z. B. bei Nacht in der Wohnung des Kranken unter ungenügender Beleuchtung u. s. w. eine Tracheotomie vorgenommen wird, so würden diese Umstände eine Erhöhung der Gebühren zu No. 90, immer aber innerhalb der Grenzen von 20 bis 200 Mk., rechtfertigen.

Der Nachtbesuch gehört im Uebrigen nach No. 17 zu derjenigen besonderen Categorie von Besuchen, bei welchen der Arzt auch innerhalb des Wohnorts, wenn die Wohnung des Klienten von der des Arztes nicht unter 2 km entfernt ist, neben der Gebühr für den Besuch eine Entschädigung für Fuhrkosten und Zeitversäumniss (und zwar ebenfalls das Zwei- bis Dreifache der Zeitversäumnissgebühr bei Tage) beanspruchen darf. Dasselbe gilt für die Zeitversäumniss nach No. 18 und 20.

³⁸⁾ Für die Bestimmung, ob Nachtbesuch oder nicht, ist es gleichgültig, wann der Besuch gefordert wird; massgebend ist allein die Zeit, wann der Besuch wirklich gemacht ist, resp. nach den Umständen des Falles gemacht werden konnte. Wenn also z. B. der Arzt zu einem Kranken um 8 Uhr 55 Min. gerufen wird, und die Wohnung des Kranken soweit von der des Arztes entfernt ist, dass der Letztere erst nach 9 Uhr bei dem Kranken eintreffen kann, so wäre das ein Nachtbesuch.

³⁹⁾ Während nach der Taxe von 1815 als „nächtlicher Besuch“ ein jeder galt, der von 10 Uhr Abends bis des Morgens um 6 Uhr gefordert wurde, rechnet die Gebührenordnung zu den Nachtbesuchen resp. Berathungen alle diejenigen, welche „in der Zeit zwischen 9 Uhr Abends und 7 Uhr Morgens“ gemacht werden. Einmal ist also nach der neuen Gebührenordnung die „Nachtzeit“ erweitert; dann aber wird für die Bestimmung, ob Nacht- oder Tagbesuch nicht mehr der Zeitpunkt massgebend sein, wann der Besuch gefordert, sondern wann er ausgeführt wurde. Danach wird es also vom 1. Januar 1897 ab vorkommen können (besonders bei Besuchen über Land), dass ein Theil der Leistung z. B. die Fahrt oder selbst ein Theil derselben noch auf den Tag fällt, der andere Theil

in die Nacht-Zeit. Für die Bemessung der dem Arzt zustehenden Gebühren kann dieser Unterschied im einzelnen Falle sehr wesentlich sein.

⁴⁰⁾ Wann das Zweifache und in welchem Falle das Dreifache der gewöhnlichen Gebühr zu liquidiren ist, hängt von den besonderen Umständen des einzelnen Falles ab (§ 3). Wo die Minimalsätze zur Anwendung gelangen, darf auch nur das Zweifache der gewöhnlichen Gebühr, in allen übrigen Fällen dagegen mehr und zwar bis zu dem Dreifachen berechnet werden.

⁴¹⁾ Je nachdem der Nachtbesuch resp. die Berathung zu den ersten oder folgenden Besuchen gehört.

⁴²⁾ Nicht nur die „Verweilgebühr“ wird Nachts um das Zwei- bis Dreifache erhöht, sondern auch die Entschädigung für Zeitversäumniss (No. 17 und 20.) Dies muss man bei der Gleichartigkeit beider Gebühren annehmen, obgleich die No. 17 und 20 hier nicht ausdrücklich aufgeführt sind.

⁴³⁾ Wenn ein folgender Besuch in die Nachtzeit fällt, so wäre als Minimalsatz für diesen Besuch 2 Mk. zu zahlen; ebensoviel wäre aber auch nur zu entrichten, wenn es sich um eine nachfolgende Berathung zur Nachtzeit in der Wohnung des Arztes handelt. Um diese Ungerechtigkeit zu beseitigen, hat der Minister auf Grund einer Petition des Geschäftsausschusses der Berliner ärztlichen Standes-Vereine die Minimalgebühr für einen derartigen Nachtbesuch auf 3 Mark festgesetzt.

⁴⁴⁾ Für Leistungen bei Nacht hat der Arzt zu beanspruchen:

I. Für Besuche.

A. Innerhalb seines Wohnortes und zwar unter 2 km von der Wohnung des Patienten:

1. Das Doppelte bis Dreifache der Gebühr für den Besuch (No. 1 und 2), also 4–60 Mk. resp. 3–30 Mk.
2. Das Doppelte bis Dreifache der Verweilgebühr nach No. 7, also 3–9 Mk.; vgl. jedoch No. 142.

3. Die einmalige (nicht doppelte bis dreifache Gebühr für die eventuell vorgenommene technische Verrichtung. Sofern die Vornahme der Verrichtung bei Nacht mit grösseren Schwierigkeiten verknüpft ist als zur Tageszeit, ist nach § 3 eine erhöhte Gebühr für die Verrichtung zulässig. Das Nämliche gilt für eine besonders eingehende Untersuchung (No. 5 Abs. 2), also 2—5 Mk.

B. Innerhalb seines Wohnortes und zwar nicht unter 2 km von der Wohnung des Patienten (nach No. 17):

1. Die Besuchs- und Verrichtungsgebühr wie zu A. 1 und 3.
2. Fuhrkosten (nach No. 18 und 19.)
3. Entschädigung für Zeitversäumniss das Doppelte bis Dreifache der Gebühr bei Tage (die Verweilgebühr unter A. 2 fällt hier weg, da nach No. 17 als Zeitversäumniss die auf die Hin- und Rückfahrt sowie auf den Besuch verwandte Zeit berechnet wird), also für jede angefangene halbe Stunde der Hin- und Rückreise und des Besuches 3—9 Mk.

C. Ausserhalb seines Wohnortes (nach No. 18):

1. Die Besuchs- und Verrichtungsgebühr wie zu A. 1 und 3.
2. Fuhrkosten (nach No. 18 und 19.)
3. Entschädigung für Zeitversäumniss für Hin- und Rückreise für jede angefangene halbe Stunde 3—9 Mk. (No. 20).
4. Verweilgebühr, eventuell nach Verlauf einer halben Stunde, für jede weitere angefangene halbe Stunde 3—9 Mk. (No. 7).

II. Für Berathungen.

1. Das Doppelte bis Dreifache zu No. 3 und 4, also 2—30 Mk. resp. 2—15 Mk.
2. Die gewöhnliche Gebühr für eine eventuelle Verrichtung (vgl. A. 3).

11*). Für Besuche⁴⁵⁾, welche am Tage⁴⁶⁾ auf Verlangen des Kranken oder seiner Angehörigen⁴⁷⁾ sofort oder zu einer bestimmten Stunde gemacht werden, das Doppelte der Sätze zu No. 1 und 2⁴⁸⁾ 49).

*) Ebenso wie für Nachtbesuche ist auch für Besuche am Tage unter gewissen Bedingungen eine erhöhte Gebühr, nämlich das Doppelte des gewöhnlichen Satzes, zu vergüten. Für längeres Verweilen am Krankenbett (No. 7) sowie für eine sich an den Besuch anschliessende Verrichtung ist nur die Berechnung des einfachen Satzes zulässig. Hinsichtlich der Gebühr für die letztere sei hier auf die Anmerkung 20 verwiesen.

Ist die Wohnung des Kranken innerhalb des Wohnortes nicht unter 2 km von der Wohnung des Arztes entfernt, so darf der Arzt (nach No. 17) ausser der doppelten Besuchsgebühr eine Entschädigung für Fuhrkosten sowie die einfache Zeitversäumnissgebühr beanspruchen. Das Nämliche gilt, wenn ein derartiger Besuch einem ausserhalb des Wohnortes des Arztes (No. 18) befindlichen Kranken abzustatten ist.

45) Die Verdoppelung der Gebühr ist nur für Besuche gestattet. Berathungen, welche in der Wohnung des Arztes ausserhalb der gewöhnlichen Sprechstunde erfolgen, rechtfertigen zwar nicht das Doppelte der gewöhnlichen Berathungsgebühr nach No. 3 und 4; indessen wird dafür nach § 3 der allgemeinen Bestimmungen eine höhere als die sonstige Gebühr berechnet werden dürfen.

46) In der Zeit von 7 Uhr Morgens bis 9 Uhr Abends.

47) Vgl. Anmerkung 25.

48) Die Verdoppelung der Gebühr gilt also nur für Besuche (No. 1 und 2), nicht auch für längeres Verweilen am Krankenbett (No. 7) resp. für die Zeitversäumniss überhaupt (No. 17 und 20), ebenso auch nicht für eine sich an den Besuch anschliessende technische Verrichtung.

49) Für einen sofortigen resp. zu einer bestimmten

Stunde geforderten und gemachten Besuch steht dem Arzt zu:

1. Die doppelte Besuchsgebühr von No. 1 und 2.
2. Die einfache Gebühr für eine etwaige besonders eingehende Untersuchung.
3. Die einfache Verweilgebühr (nach No. 7 resp. No. 142).
4. Die Verrichtungsgebühr ausnahmslos. Handelt es sich um eine Verrichtung, für welche dem Arzt mehr als 10 M. zusteht, so darf neben der Verrichtungsgebühr nur der einfache Satz für den Besuch liquidirt werden (vgl. Anmerkung 20).

In den Fällen von No. 17 und 18 auch:

5. Fuhrkosten (nach No. 17, 18 und 19).
6. Der einfache Satz für Zeitversäumniss (nach No. 17, 18 und 20).

- †) 12*). Für die mündliche Berathschlagung⁵⁰⁾ zweier oder mehrerer Aerzte, jedem⁵¹⁾ derselben (einschliesslich des Besuchs)⁵²⁾ 5—30 M.
13. Für fortgesetzte⁵³⁾ Berathschlagungen in demselben Krankheitsfalle⁵⁴⁾ für die zweite und folgende⁵⁵⁾ 5—20 M.
- 14**). Für jeden als Beistand⁵⁶⁾ bei einer anderen ärztlichen Verrichtung⁵⁷⁾ (Operation etc.)⁵⁸⁾ hinzugezogenen⁵⁹⁾ anderen⁶⁰⁾ Arzt 5—20 M.
15. Für die Verrichtungen zu No. 12, 13, 14 bei Nacht⁶¹⁾ (vergl. No. 10) das Doppelte⁶²⁾.

†) Die No. 12—15 behandeln die gleichzeitigen Bemühungen zweier oder mehrerer Aerzte bei einem und demselben Kranken und zwar regeln No. 12—14 die Gebühren bei Tage, No. 15 diejenigen bei Nacht. Diese Bemühungen können entweder in einer mündlichen Berathschlagung beider Aerzte (No. 12 und 13) oder in dem Beistand eines zweiten hinzugezogenen Arztes (No. 14) bestehen.

*) Die „mündliche Berathschlagung“ gilt ebenso wie der Nacht- (No. 10) und der sofortige Besuch (No. 11) als eine besondere, über den gewöhnlichen Besuch hinausgehende Mühewaltung des Arztes. Hieraus folgt, dass die Bestimmung der No. 6, wonach die Besuchsgebühr bei Verrichtungen, für welche der Arzt mehr als 10 Mark beanspruchen darf, bei Tage (vgl. im Uebrigen Anmerkung 20) wegfällt, für „Berathschlagungen“ keine Anwendung findet. Ebenso ist auch längeres Verweilen am Krankentbett nach (No. 7) nicht besonders zu vergüten, wohl aber eine eventuell erforderliche eingehende Untersuchung (nach No. 5 Abs. 2).

Ist die Wohnung des Kranken nicht unter 2 km von derjenigen des einen oder beider Aerzte entfernt (No. 17), so darf der betreffende Arzt auch innerhalb seines Wohnortes eine Entschädigung für Fuhrkosten und für Zeitverschumniss liquidiren.

⁵⁰⁾ Die Gebührenordnung hat den entsprechenden Ausdruck der Taxe von 1815 (I. 16 „Consultation“) verdeutscht; im Uebrigen ist die Fassung bis auf den Gebührensatz fast dieselbe geblieben. Unter „mündliche Berathschlagung“ ist nach einem Ministerial-Erlass vom 21. Juli 1836 „das Zusammentreffen zweier oder mehrerer Medicinalpersonen bei einem Kranken zu einer bestimmten Stunde, behufs Berathung über die fernere Behandlung desselben“ zu verstehen.

⁵¹⁾ Die Höhe der Gebühr, die jedem einzelnen Arzte zusteht, richtet sich nach den (für ihn) besonderen Umständen des einzelnen Falles. Schliesst sich an eine Berathschlagung unmittelbar eine Operation, so wird der Operateur die volle Gebühr für diese Operation beanspruchen dürfen; für den zweiten Arzt aber würden die Bestimmungen der No. 14 in analoger Weise Anwendung finden. Beiden Aerzten aber würde ausserdem die Gebühr für die Berathschlagung zustehen.

⁵²⁾ Die Besuchsgebühr — ebenso auch die Gebühr für das einen Theil des Besuchs darstellende Verweilen — fällt hier fort. Das längere Verweilen kann dagegen in

einer erhöhten Gebühr innerhalb der festgesetzten Grenzen berücksichtigt werden (§ 3).

⁵³⁾ Die Taxe von 1815 gebraucht dafür (in I. 17) den Ausdruck „jede der folgenden“.

⁵⁴⁾ Vgl. die Anmerkung 8.

⁵⁵⁾ Vgl. die Anmerkung 12.

****)** Die No. 14 behandelt denjenigen besonderen Fall unter den gleichzeitigen Mühewaltungen zweier Aerzte bei einem Kranken am Tage, wo beide Aerzte in ihrer Hülfeleistung nicht coordinirt auftreten, sondern der Eine dem Andern assistirt, ihm also gewissermassen subordinirt ist. Der assistirende Arzt hat hier nicht, wie der Hauptarzt, die Gebühr für die technische Verrichtung (z. B. Operation), sondern, ohne Rücksicht auf die Höhe der Sätze für die technische Verrichtung, immer nur eine Gebühr von Mk. 5—20 zu beanspruchen. Hiermit wird aber nur seine Theilnahme an der technischen Verrichtung bezahlt; daneben kann er eventuell auch (No. 6 und 7) die Besuchsgebühr resp. die Verweilgebühr liquidiren.

Befindet sich der Kranke zwar innerhalb des Wohnortes des hinzugezogenen Arztes, aber nicht unter 2 km von der Wohnung desselben, so hat der Letztere eine Entschädigung für Fuhrkosten und Zeitversäumniss zu beanspruchen (vgl. No. 17).

Hinsichtlich der Gebühren für den ersten Arzt (Hauptarzt) sind die gewöhnlichen Bestimmungen massgebend.

⁵⁶⁾ Hierunter ist die assistirende und subordinirte Thätigkeit des zweiten Arztes zu verstehen.

⁵⁷⁾ „Anderweite ärztliche Verrichtung“ ist die Verrichtung des Hauptarztes, die nach den gewöhnlichen Bestimmungen liquidirt wird.

⁵⁸⁾ Z. B. der Beistand bei der Narcose, bei Entbindungen, bei Verbänden etc. Aus der Entstehungsgeschichte dieser Nummer ergiebt sich übrigens, dass der Beistand bei einer Section hierunter nicht fällt; denn das Wort „Leichenöffnung“, das sich in dem Gebührenentwurf von 1895 an dieser Stelle fand, ist auf ausdrücklichen Wunsch

einiger Aerktekammern in der Gebührenordnung gestrichen worden. Hier würde also auch für den zweiten Arzt eine selbstständige, nach No. 27 zu honorirende Verrichtung vorliegen.

⁵⁹⁾ Hinzugezogen kann der zweite Arzt werden entweder von dem Kranken oder dessen Angehörigen (vgl. Anmerkung 25) oder von dem behandelnden Arzt.

⁶⁰⁾ Auch der dritte, vierte etc. Arzt hat Anspruch auf die Gebühren nach No. 14.

⁶¹⁾ D. h. „in der Zeit zwischen 9 Uhr Abends bis 7 Uhr Morgens“; vgl. übrigens die No. 10.

⁶²⁾ Daneben sind auch eventuell Gebühren für Leistungen, welche nicht schon durch die Gebühr für die Berathschlagung oder den Beistand abgegolten sind, in der in No. 10 bestimmten Höhe zu entrichten.

16*). Für Fuhrkosten und für die durch den Weg zum Kranken bedingte Zeitversäumniss⁶³⁾ steht dem Arzt bei Krankenbesuchen in seinem Wohnorte⁶⁴⁾ in der Regel⁶⁵⁾ eine besondere⁶⁶⁾ Entschädigung nicht zu; doch können die vorbenannten⁶⁷⁾ Umstände bei der Bemessung der Forderung für den Besuch innerhalb der zu No. 1 und 2 ausgeworfenen Sätze in Betracht gezogen werden⁶⁸⁾.

*) Die No. 16 enthält ein besonders für die Verhältnisse der Grossstadt wichtiges Princip, nach welchem der Arzt neben der Gebühr für den Besuch an seinem Wohnorte in der Regel eine Entschädigung für Fuhrkosten und für die auf den Weg zum Kranken verwendete Zeit nicht beanspruchen darf. Der zweite Absatz reproducirt nur das, was bereits nach § 3 der allgemeinen Bestimmungen zulässig ist (vgl. Note 6b zu § 3).

⁶³⁾ Die „Verweilgebühr“ kann natürlich bei längerem Verweilen am Krankenbett nach den Bestimmungen der No. 7 neben dem Satz für den Besuch liquidirt werden.

⁶⁴) D. h. innerhalb des Weichbildes des Ortes, in welchem der Arzt seinen Wohnsitz hat.

⁶⁵) Die Ausnahmen von dem in No. 16 aufgestellten Princip werden in No. 17 angeführt.

⁶⁶) D. h. neben der Gebühr für den Besuch.

⁶⁷) Und zwar als „besondere Umstände des einzelnen Falles“ im Sinne des § 3.

⁶⁸) Ausgenommen sind diejenigen Fälle, in welchen nach den Bestimmungen des § 2 nur die Mindestsätze berechnet werden dürfen.

17*). In den Fällen zu No. 10, 11, 12, 13, 14, 15⁶⁹) dagegen kann auch innerhalb des Wohnortes⁷⁰) des Arztes, wenn die Wohnung des Kranken nicht unter 2 Kilometer⁷¹) von der des Arztes⁷²) entfernt ist, neben der Gebühr für den Besuch⁷³) eine Entschädigung für Fuhrkosten⁷⁴), sowie für Zeitversäumniss⁷⁵), und zwar für jede angefangene halbe Stunde in Höhe von 1,50 bis 3 M.⁷⁶) berechnet werden⁷⁷).

*) Von dem in No. 16 aufgestellten Princip, dass der Weg zum Kranken im Wohnorte des Arztes bereits durch die Besuchsgebühr abgegolten wird, giebt die No. 17 die Ausnahmen an. Neben der Gebühr für den Besuch darf nämlich der Arzt bei gewissen, namentlich aufgeführten Besuchen, auch innerhalb seines Wohnortes eine Entschädigung für Fuhrkosten und Zeitversäumniss unter der Voraussetzung beanspruchen, dass seine Wohnung nicht unter 2 km von derjenigen des Kranken entfernt ist.

⁶⁹) D. h. bei Nacht- und sofortigen Tagesbesuchen, sowie ausnahmslos (d. h. bei Tage und zur Nachtzeit) bei mündlichen Berathschlagungen mehrerer Aerzte und wenn es sich um den Beistand eines zweiten, hinzugezogenen Arztes handelt.

⁷⁰) Vgl. Anmerkung 64.

⁷¹) Beträgt die Entfernung weniger als 2 km, so kann nicht nach No. 17 liquidirt werden, sondern nach

No. 16 und zwar unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Falles (§ 3 der allgemeinen Bestimmungen).

⁷²⁾ Befindet sich der Arzt nicht in seiner eigenen Wohnung, so ist die Entfernung seines eventuellen Aufenthaltsortes von der Wohnung des Kranken der Berechnung zu Grunde zu legen.

⁷³⁾ Hinsichtlich des Fortfalles der Besuchsgebühr bei einer sich an den Besuch schliessenden Verrichtung sei auf die hierher gehörigen Anmerkungen zu No. 10, 11, 12, 13, 14 und 15 verwiesen.

⁷⁴⁾ Für die Entschädigung der Fuhrkosten ist es nach den Bestimmungen von No. 18 gleichgültig, ob der Arzt Fuhrwerk benutzt hat oder nicht, ob er den Weg zum Kranken per Omnibus, Pferdebahn oder Rad zurückgelegt hat. Immer aber hat er nur Anspruch auf die „ortsüblichen Fuhrlohnpreise“, eventuell nach einem von der Polizei festgesetzten Tarif.

⁷⁵⁾ Die Zeitversäumniss begreift die auf die Hin- und Rückfahrt zum und vom Kranken sowie die auf den Besuch verwendete Zeit mit ein; längeres Verweilen am Krankenbett über eine halbe Stunde wird in den zu No. 17 angeführten Fällen nicht nach No. 7, sondern nach No. 17 berechnet.

⁷⁶⁾ Wo die Minimalsätze zur Anwendung gelangen, ist auch hier nur der niedrigste Satz zu berechnen; in allen übrigen Fällen richtet sich die Höhe dieser Gebühr nach den Grundsätzen des § 3.

⁷⁷⁾ Eine „besonders eingehende Untersuchung“ (No. 5 Abs. 2) ist besonders zu vergüten.

18†). Befindet sich der Kranke ausserhalb⁷⁸⁾ des Wohnortes⁷⁹⁾ des Arztes, und zwar nicht unter 1 Kilometer von der Grenze⁸⁰⁾ desselben und⁸¹⁾ nicht unter 2 Kilometer von der Wohnung⁸²⁾ des Arztes entfernt, so hat der Arzt ausser der Gebühr für den Besuch⁸³⁾ den Ersatz der für die Reise erwachsenen Fuhrkosten⁸⁴⁾ zu

beanspruchen. Bei Benutzung eigenen⁸⁵⁾ Fuhrwerks ist die Entschädigung nach den ortsüblichen⁸⁶⁾ Fuhrlohnpreisen zu berechnen. Letzteres darf auch geschehen, wenn der Arzt ein Fuhrwerk zu seiner Beförderung nicht benutzt⁸⁷⁾.

19*). Bei Fahrten mit der Eisenbahn sind die Kosten der zweiten Wagenklasse⁸⁸⁾, bei Fahrten mit dem Dampfschiff die der ersten Kajüte⁸⁸⁾ und ausserdem⁸⁹⁾ für Ab- und Zugang 1,50 M.⁹⁰⁾ zu vergüten.

20**). Ausserdem⁹¹⁾ hat der Arzt in den Fällen der No. 18⁹²⁾ Anspruch auf Entschädigung für die durch die Zurücklegung des Weges⁹³⁾ bedingte Zeitversäumniss, und zwar: 1,50—3 M.⁹⁴⁾ für jede angefangene halbe Stunde der für die Fahrt⁹⁵⁾ erforderlichen Zeit⁹⁶⁾.

21†*). Bei Reisen, welche mehr als 10 Stunden in Anspruch nehmen⁹⁷⁾, findet ausser der Erstattung der Reisekosten⁹⁸⁾ eine Vergütung von 30—150 M. für den Tag⁹⁹⁾ statt, welche die Entschädigung für Zeitversäumniss einschliesst¹⁰⁰⁾. Die ärztliche Verrichtung¹⁰¹⁾ ist besonders zu vergüten¹⁰²⁾.

22†**). Besucht der Arzt mehrere ausserhalb seines Wohnortes befindliche Kranke (No. 18)¹⁰³⁾ auf einer Rundfahrt¹⁰⁴⁾, so sind die gesammten Fuhrkosten¹⁰⁵⁾ und die Entschädigung für Zeitversäumniss¹⁰⁶⁾ in angemessener Weise⁰⁷⁾ auf die einzelnen Verpflichteten¹⁰⁸⁾ zu vertheilen¹⁰⁹⁾ 109 a).

23††). Wird der Arzt bei Gelegenheit der Besuche gemäss No. 18, 19, 20, 21, 22 noch von anderen Kranken¹¹⁰⁾ in Anspruch genommen, so stehen ihm die Sätze unter No. 1 und 3¹¹¹⁾ 112) zu.

†) Die No. 18—23 behandeln die Besuche ausserhalb des Wohnortes des Arztes („Besuche über Land“) und zwar „nicht unter 1 km. von der Grenze desselben und

nicht unter 2 km. von der Wohnung des Arztes entfernt“.

Macht also z. B. ein Berliner Arzt, der am Alexander-Platz wohnt, einen Krankenbesuch am Nollendorf-Platz, so wäre dieser Besuch zwar ein solcher „ausserhalb des Wohnortes des Arztes“, da der Nollendorf-Platz zu Charlottenburg gehört; die Bestimmungen von No. 18 etc. würden aber aus dem Grunde nicht verwendbar sein, weil der Nollendorf-Platz weniger als 1 km. von der Berliner Grenze entfernt ist. Denn beide Voraussetzungen müssen gemeinsam vorhanden sein, wenn die No. 18 und ff. zur Anwendung gelangen sollen.

Trifft eine dieser beiden Voraussetzungen nicht zu, so kann nach § 4 der allgemeinen Bestimmungen nur No. 16 und 17 der Berechnung zu Grunde gelegt werden.

Für die Berechnung der Entfernungen bestimmt ein Erlass der Minister für Handel, des Innern und der Finanzen vom 24. Mai 1856 „dass die Ortsentfernungen nicht nach der Luftlinie, sondern nach den Angaben der jedesmal neuesten Auflage des Reichskursbuches (Eisenbahn-, Post- und Dampfschiff-Kursbuches) in Rechnung zu stellen sind“. Wo solche Angaben fehlen, wird die Polizei oder das Kataster-Amt Auskunft geben.

Schliesst sich an den „Landbesuch“ (im Sinne der Gebührenordnung) eine Verrichtung, so gelten für die Besuchsgebühr dieselben Normen, wie für den Krankenbesuch im Wohnorte des Arztes (vgl. die entsprechenden Anmerkungen zu No. 6, 10—15). Hinsichtlich der „Verweilgebühr“ vgl. die Anmerkung 93.

Die No. 18 und 20 geben die Prinzipien für den Besuch eines einzigen Kranken; vgl. dagegen No. 22.

78) Ob die Wohnung eines Kranken ausserhalb des Domicils des Arztes liegt, kann eventuell auf der Polizei oder durch die Generalstabskarte ermittelt werden.

79) Vgl. die Anmerkung 64.

80) Auch für die Bestimmung der Ortsgrenze sind die

Karten des Generalstabes, Grenzsteine etc. zu verwerthen; eventuell kann dieselbe anderweitig durch Nachfrage bei der Ortsbehörde ermittelt werden.

81) Für die Anwendung der No. 18 und ff. ist es erforderlich, dass beide hier angeführten Voraussetzungen gleichzeitig vorhanden sind.

82) Eventuell auch von einem anderen Aufenthaltsorte, von welchem aus er den Kranken besucht.

83) Nach No. 1, 2, 9—15. Hinsichtlich der Gebühr für eine dabei vorgenommene Verrichtung vgl. die betreffenden Anmerkungen zu No. 6 und 10—15.

84) Hierzu gehören auch die nothwendigen Auslagen des Arztes (Brücken- oder Fährgelder, Kosten für Ausspannung und Futterkosten etc.)

85) Wird dem Arzt das Fuhrwerk vom Kranken gestellt, so fällt die Entschädigung für Fuhrkosten natürlich weg.

86) Was „ortsüblich“ ist, entscheidet im Streitfalle ein Sachverständiger; handelt es sich um grössere Städte, so bestehen meist von der Polizei genehmigte Droschken-Tarife; der Tarif der ersten Klasse ist zu Grunde zu legen.

87) Während nach einem Ministerial-Erlass vom 5. Januar 1822 „Aerzte und Wundärzte die wirklich gehabtten Auslagen nachweisen“ mussten, „wenn sie in ihrer gewöhnlichen Praxis Fuhrkosten liquidiren wollen,“ ist es nach der neuen Gebührenordnung für die Entschädigung ganz gleichgültig, ob und welches Transportmittel der Arzt zu seiner Beförderung benutzt hat. Fuhrkosten darf er dem Patienten auch berechnen, wenn er den Weg zu ihm zu Fuss zurückgelegt hat; aber immer nur denjenigen Betrag, den er eventuell für eine Fahrt nach dem Wohnorte des Kranken verausgabt hätte.

*) Die No. 19 trifft Bestimmungen für die Entschädigung der Fuhrkosten in dem Falle, dass der Arzt zu seiner Beförderung Eisenbahn oder Dampfschiff benutzt hat. (Vorschlag der hannoverschen Aerztekammer).

88) Gleichgültig, welche Wagenklasse resp. Kajüte der Arzt in Wirklichkeit benutzt hat.

⁸⁹⁾ D. h. neben den Auslagen für das Billet der II. Wagenklasse resp. der I. Kajüte.

⁹⁰⁾ D. h. für beide zusammen 1,50 Mk.

****)** Die No. 20 regelt nur einen Theil der dem Arzte für einen „Besuch über Land“ zustehenden Gebühren, nämlich die Entschädigung für Zeitversäumniss; die Hauptbestimmungen für diesen besonderen Krankenbesuch finden sich in No. 18.

⁹¹⁾ D. h. ausser der Gebühr für den Besuch und der Entschädigung für Fuhrkosten nach No. 18 und 19.

⁹²⁾ D. h. wenn der Kranke sich ausserhalb des Wohnortes des Arztes, und zwar nicht unter 1 km. von der Grenze desselben und nicht unter 2 km. von seiner Wohnung, befindet.

⁹³⁾ D. h. für die Hin- und Rückfahrt, nicht aber auch für die durch den Besuch bedingte Zeitversäumniss. Nimmt der Aufenthalt beim Kranken mehr als eine halbe Stunde in Anspruch, so ist ausserdem noch nach No. 7 die „Verweilgebühr“ zu vergüten. Die Gebühren für die Zeitversäumniss sind also bei Besuchen über Land (No. 18) anders geordnet als bei Besuchen innerhalb des Wohnortes (No. 17).

⁹⁴⁾ Vgl. Anmerkung 76.

⁹⁵⁾ Eine präcisere Fassung des Ausdruckes „Zurücklegung des Weges“. Legt der Arzt den Weg zu Fuss zurück, so wird er nur die bei einer eventuellen Fahrt nothwendige Zeitversäumniss liquidiren dürfen.

⁹⁶⁾ Für einen Krankenbesuch über Land (No. 18) hat der Arzt zu beanspruchen:

A. am Tage (7 Uhr Morgens bis 9 Uhr Abends):

1. Die Gebühr für den Besuch nach No. 1, 2 und 11;
2. Ersatz für Fuhrkosten nach No. 18 und 19 und zwar einerlei, ob der Arzt Fuhrwerk benutzt hat oder nicht;
3. Entschädigung für die durch die Hin- und Rückfahrt bedingte Zeitversäumniss;

4. die Verweilgebühr nach No. 7, wenn der Aufenthalt am Krankenbett den Arzt länger als eine halbe Stunde in Anspruch nahm.
5. Wird bei dem Besuche eine besonders eingehende Untersuchung vorgenommen, so kann dafür nach No. 5 Absatz 2 besonders liquidirt werden.
6. Wird bei dem Besuche eine Verrichtung vorgenommen, für welche nach der Gebühren-Ordnung nicht mehr als 10 M. zu entrichten ist, so ist sowohl die Gebühr für die Verrichtung als auch die Gebühr für den Besuch zu vergüten.

Ist dagegen für die Verrichtung eine Gebühr von mehr als 10 Mark zu vergüten, so fällt nach No. 6 die Gebühr für den Besuch (No. 1 und 2) weg; handelt es sich dagegen um einen sofort oder zu einer bestimmten Stunde verlangten Besuch (No. 11), so ist neben der Verrichtungsgebühr zwar nicht die doppelte Besuchsgebühr, wohl aber die Gebühr für einen gewöhnlichen Besuch zulässig (vgl. hierzu Anmerkung 20 und 49).

B. bei Nacht (von 9 Uhr Abends bis 7 Uhr Morgens):

1. die Gebühr für den Besuch (nach No. 10);
2. Fuhrkosten (nach No. 18 und 19);
3. als Entschädigung der auf die Hin- und Rückfahrt verwendeten Zeitversäumnis das Zweibis Dreifache der am Tage (nach No. 20) zu entrichtenden Gebühr;
4. das Zwei- bis Dreifache der sogenannten „Verweilgebühr“ (nach No. 7), wenn der Aufenthalt am Krankenbett den Arzt länger als eine halbe Stunde in Anspruch nahm.
5. Wird bei dem Besuche eine besonders eingehende Untersuchung vorgenommen, so kann dafür (nach No. 5 Absatz 2) eine besondere Gebühr liquidirt

werden. Eine Erhöhung dieser Gebühr, weil sie bei Nacht vorgenommen wird, ist nicht zulässig, es sei denn, dass die Untersuchung des Nachts im Vergleiche zu einer solchen am Tage eine gewisse Schwierigkeit darbot. Im letzteren Falle kann nach § 3 der allgemeinen Bestimmungen ein höherer Satz, niemals aber mehr als 5 Mark liquidirt werden.

6. Schliesst sich an den Nachtbesuch eine Verrichtung, so ist der Arzt — gleichgültig ob für die Verrichtung 10 Mark oder mehr zu entrichten ist — berechtigt, neben der Gebühr für die Verrichtung auch regelmässig die Besuchs-Gebühr (nach No. 10) zu verlangen. Dagegen findet eine Verdoppelung des Satzes für die Verrichtung, die während der Nacht vorgenommen wird, nicht statt; wohl aber ist, wie bei der besonders eingehenden Untersuchung bei Nacht, eine höhere Gebühr für die Verrichtung zulässig, wenn die Vornahme der Verrichtung bei Nacht eine gewisse Schwierigkeit darbot.

C. Fällt nur ein Theil der ärztlichen Thätigkeit in die Zeit nach 9 Uhr Abends, so gelten nur für diesen Zeitabschnitt die Bestimmungen für die Nachtzeit d. h. also die erhöhte Gebühr für die Zeitversäumnis. Ob für den Besuch die Tages- oder Nachtgebühr berechnet werden darf, hängt lediglich davon ab, ob der Arzt am Tage oder bei Nacht (im Sinne der Gebührenordnung) die gebührenpflichtige Thätigkeit ausübt. Wenn also z. B. ein Arzt um 8 Uhr Abends zu einem 10 km. von seinem Domicil entfernt wohnenden Kranken gerufen wird, und etwa um $\frac{1}{4}$ 10 Uhr bei dem Kranken eintrifft, bei diesem Kranken sich $\frac{3}{4}$ Stunde aufhalten muss und um 12 Uhr in seiner Wohnung wieder ankommt, so kann er für diesen Besuch verlangen:

1. das Zwei- bis Dreifache der gewöhnlichen Besuchsgebühr, da ja der eigentliche Krankenbesuch in die Nachtzeit fiel;

2. Entschädigung für Fuhrkosten (eventuell wären hier auch Zehrungskosten für den Kutscher, sowie die Kosten für die Unterbringung des Gespanns in einer Gastwirthschaft zu entrichten);
3. für Zeitversäumniss ist zu entrichten: für die Hinfahrt zunächst für eine Stunde am Tage 3—6 Mark. Für die Viertelstunde, die in die Nacht fällt, sowie für die auf die Rückfahrt verwendete Stunde 9—27 Mark;
4. Verweilgebühr 3—9 Mark.
5. Eine eventuell vorgenommene besonders eingehende Untersuchung resp. eine Verrichtung wäre noch besonders mit dem einfachen Satze zu honoriren.

†*) In No. 21 werden die Gebühren des Arztes für längere Reisen, d. h. solche, „welche mehr als 10 Stunden in Anspruch nehmen“, behandelt. Der eventuelle Ausfall, welcher dem Arzt aus seiner Abwesenheit erwächst, wird ihm in einer pro Tag berechneten Vergütung als Entschädigung für die Zeitversäumniss abgegolten; daneben sind die Reisekosten zu erstatten. Ausserdem aber hat der Arzt Anspruch auf die Honorirung jeder einzelnen Leistung wie Besuch, technische Verrichtung, besonders eingehende Untersuchung etc.

⁹⁷⁾ Hierunter ist die Hin- und Rückfahrt und der Aufenthalt beim Kranken zu verstehen. Wird Eisenbahn oder Dampfschiff benutzt, so wird die Zeit, die der Arzt nach den Umständen des Falles bis zum Abgang des nächsten Zuges resp. Dampfschiffes warten musste, mitgerechnet.

Fällt ein Theil der auf die Reise verwendeten Zeit in die Nacht (von 9 Uhr Abends bis 7 Uhr Morgens), so würde das nach § 3 zwar eine höhere Gebühr, immer aber nur innerhalb der festgesetzten Grenzen rechtfertigen.

⁹⁸⁾ Nach No. 18 und 19; Zehrkosten (eventuell Uebernachten in einem Hôtel) sind nicht besonders zu vergüten, vielmehr in der Tagesvergütung einbegriffen.

⁹⁹⁾ Gemeint ist der Tag von 24 Stunden (vgl. Anmerkung 29). Die ausgeworfene Gebühr gilt für jeden angefangenen Tag. Für die Berechnung beginnt der Tag mit dem Antritt der Reise; die Reise gilt als beendet in dem Augenblick, wo der Arzt in seine Wohnung zurückkehrt resp. nach den Umständen des Falles zurückkehren konnte.

¹⁰⁰⁾ Für Zeitversäumniss (No. 20) und längeres Verweilen beim Kranken (No. 7) darf nicht besonders berechnet werden, da beides bereits in der festgesetzten „Vergütung für den Tag“ zur Berechnung kommt.

¹⁰¹⁾ „Aerztliche Verrichtung“ ist jede Mühewaltung des Arztes, z. B. die verschiedenen Arten des Besuches, ein operativer Eingriff, eine besonders eingehende Untersuchung.

¹⁰²⁾ Neben der „Versäumnissgebühr“ (pro Tag 30 bis 150 Mk) darf der Arzt für jede Verrichtung (vgl. Anmerkung 3), mit Ausnahme des längeren Verweilens am Krankenbett, besonders liquidiren und zwar für den Besuch nach No. 1, 2, 10 und 11; für eine besonders eingehende Untersuchung nach No. 5 Abs. 2 und für eine sich an den Besuch schliessende Verrichtung nach den in der Gebührenordnung aufgestellten Normen. In dem letzteren Falle gelten hinsichtlich der Besuchsgebühr die Bestimmungen der No. 6; vgl. hierzu Anmerkung 20.

†**) Während in No. 18 bis 20 der „Besuch über Land“ bei einem Kranken besprochen wird, giebt die No. 22 Weisungen für die Vertheilung sämmtlicher dem Arzt zustehender Gebühren, wenn bei einer Fahrt über Land (No. 18) mehrere Patienten besucht werden.

¹⁰³⁾ D. h. „nicht unter 1 km von der Grenze (des Wohnortes des Arztes) und nicht unter 2 km von der Wohnung desselben“.

¹⁰⁴⁾ Es ist gleichgültig, ob dabei vom Arzt ein Fuhrwerk oder sonstiges Beförderungsmittel benutzt wird, oder ob der Arzt den Weg zu Fuss zurücklegt; vgl. Anmerkung 87.

¹⁰⁵⁾ D. h. die Fuhrkosten für die gesammte Rundfahrt: vgl. im Uebrigen Anmerkung 84.

¹⁰⁶⁾ Hierunter ist nur, wie No. 20 zeigt, die für die Fahrt erforderliche Zeit zu verstehen. Die durch Verweilen bei den einzelnen Kranken bedingte Zeitversäumniss wird durch die Besuchsgebühr abgegolten; wo der Arzt bei einem Patienten länger als $\frac{1}{2}$ Stunde verweilen muss, steht ihm von diesem Kranken neben der Gebühr für den Besuch noch die Verweilgebühr nach No. 7 zu.

¹⁰⁷⁾ Die Besuchsgebühr, deren Höhe nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles (§ 3) zu bemessen ist, giebt für die Vertheilung auf die einzelnen Patienten einen ungefähren Anhalt.

¹⁰⁸⁾ Vgl. Note 1 zu § 2. „Die einzelnen Verpflichteten“ sind alle diejenigen, welche entweder den Arzt direct verlangten oder nach der Beschaffenheit des Falles vom Arzte zu besuchen waren, resp. sich den Besuch des Arztes gefallen liessen.

¹⁰⁹⁾ Besuchs- und andere eventuelle Gebühren sind von jedem Einzelnen nach den besonderen Umständen des Falles besonders zu entrichten.

^{109 a)} Falls von einem der Verpflichteten der auf ihn entfallende Anthellsbetrag nicht eingezogen werden kann, so kann der Ausfall — auch noch nachträglich — auf die übrigen Verpflichteten repartirt werden, insoweit die Reisekosten und die Zeitversäumniss auch ohne Theilnahme jenes Verpflichteten entstanden wären. Ein weitergehendes Rückgriffsrecht ist nicht zu begründen. Anders Foerster Note 91.

††) Die No. 23 behandelt die Gebühren für diejenigen Personen, welche die gelegentliche Anwesenheit des Arztes in ihrem Wohnorte zur Inanspruchnahme desselben benutzen. Sie sind zwar von der Entschädigung für Fuhrkosten (nach No. 18 und 19) und Zeitversäumniss (nach No. 20 und 21) befreit, haben aber die Gebühr für den Besuch resp. die Berathung, eventuell auch für längeres Verweilen am Krankenbett (nach No. 7) und für eine vorgekommene Verrichtung zu zahlen.

¹¹⁰⁾ D. h. solche Patienten, welche der Arzt auf der Rundfahrt zu besuchen nicht von vornherein die Absicht hatte, welche vielmehr erst die billige Gelegenheit der Anwesenheit des Arztes im Orte benutzen, um denselben in Anspruch zu nehmen; vgl. Anmerkung 108.

¹¹¹⁾ Für die Unterscheidung, ob in diesem Falle ein Besuch oder Berathung vorliegt, ist allein massgebend, ob der Arzt sich in die eigene Wohnung des Kranken begiebt, oder ob der Patient den Arzt aufsucht. Das Letztere kann, wie es auf dem Lande vielfach üblich ist, entweder in dem Gasthof, in welchem der Arzt abgespannt hat, oder bei Bekannten des Kranken, in deren Familie der Arzt grade behandelt, oder auch auf der Dorfstrasse erfolgen.

¹¹²⁾ Handelt es sich bei derartigen Kranken um folgende Besuche resp. Berathungen im Verlaufe derselben Krankheit, so tritt eine Ermässigung der betreffenden Gebühr entgegen dem in der Gebührenordnung aufgestellten Princip nicht ein; es ist vielmehr von ihnen auch bei wiederholter Inanspruchnahme des Arztes während derselben Krankheit ausnahmslos die Gebühr für einen ersten Besuch resp. Berathung zu zahlen.

- 24.*) a. Eine kurze Bescheinigung¹¹³⁾ über Gesundheit oder Krankheit eines Menschen 2—5 M.
 b. Ein ausführlicher Krankheitsbericht¹¹⁴⁾ 3—10 M.
 c. Ein begründetes Gutachten¹¹⁵⁾ . . . 9—30 M.

*) Die No. 24 behandelt die Atteste, Berichte und schriftlichen Gutachten des Arztes. Ist vor deren Abfassung ein Besuch oder eine Berathung resp. eine besonders eingehende Untersuchung erforderlich, so muss dafür eine besondere Gebühr (nach No. 1, 3 resp. 5. Abs. 2) gezahlt werden.

¹¹³⁾ Das ist nach einem Ministerial-Erlass vom 10. Februar 1863 eine Bescheinigung, „wodurch ohne weitere Motivirung die Thatsache festgestellt wird, dass eine

Person krank oder gesund sei“, z. B. ein Krankenschein. Dies ist indessen dahin zu erweitern, dass auch die Bescheinigung über den objektiven und subjektiven Befund, z. B. bei einem Verletzten, hierher gehört.

¹¹⁴⁾ Das ist ein genauer, schriftlicher Bericht über den bisherigen Verlauf eines Krankheitsfalles, wie ihn beispielsweise eine Berufsgenossenschaft von ihrem Vertrauensarzt nach einem Unfall einfordern kann.

¹¹⁵⁾ D. h. ein Gutachten, bei welchem der Arzt auf Grund des vorhandenen Befundes oder Berichtes ein durch wissenschaftliche Ausführungen gestütztes Urtheil abgibt. Ist zur Begründung des Gutachtens eine genauere Untersuchung oder ein besonders eingehendes Studium von Acten erforderlich, so ist nach § 3 der höhere Satz zulässig.

Werden mehrere Aerzte mit der Abfassung eines Gutachtens betraut, so darf nach einem Ministerial-Erlass vom 22. Mai 1865 „jeder der concurrirenden Aerzte den vollen Gebührensatz“ beanspruchen.

**25. Ein im Interesse der Heilung des Kranken
zu schreibender Brief¹¹⁶⁾ 2—10 M.**

¹¹⁶⁾ D. h. Briefe oder kurze Mittheilungen, welche der eine Arzt einem andern über den Krankheitszustand, die Diagnose, den bisherigen Verlauf etc. macht. Sind die Aufzeichnungen ausführlicher gehalten, so läge ein „ausführlicher Krankheitsbericht“ (No. 24b) vor.

- 26.*) Die Besichtigung einer Leiche, auch mit
Ausstellung einer kurzen Bescheinigung¹¹⁷⁾,
ausser der Gebühr für den Besuch¹¹⁸⁾ 3—6 M.**
- 27. Die Section einer Leiche infolge Privat-
auftrags¹¹⁹⁾ 10—30 M.**
- 28. Ein schriftlicher Sectionsbericht 3—10 M.**

*) Die No. 26 bis 28 behandeln die Gebühren des Arztes für diejenigen Mühewaltungen an einer Leiche, welche in Folge eines Privat-Auftrages vorgenommen werden. Erhalten mehrere Aerzte den Auftrag, so hat Jeder den vollen Gebührensatz zu beanspruchen.

¹¹⁷⁾ D. h. der Todtenschein. Wird z. B. eine kurze Begründung hinzugefügt, warum die Leiche vor dem vorschriftsmässigen Termine beerdigt werden soll, so wäre nach § 3 ein höherer Ansatz gerechtfertigt.

¹¹⁸⁾ Neben der Gebühr für den Todtenschein steht dem Arzt auch die Besuchsgebühr zu; war er der behandelnde Arzt, so wird ein derartiger Besuch als „folgender“ anzusehen und demgemäss auch zu honoriren sein.

¹¹⁹⁾ Da die Gebührenordnung nur für die privatärztliche Thätigkeit der Aerzte gilt (vgl. hierzu Seite 7) so hätte es dieses Zusatzes gar nicht bedurft. Denn wenn eine Section von einem nicht beamteten Arzte auf amtliche Aufforderung hin vorgenommen wird, so kommt nicht die Gebührenordnung, sondern die Bestimmung des § 7 des Gesetzes betreffend die den Medicinalbeamten zu gewährenden Vergütungen vom 9. März 1872 (siehe Anh. A.) zur Anwendung.

Ausser der Gebühr für die Section darf auch die Gebühr für den Besuch (nach No. 6) liquidirt werden, wenn für diese Section nicht mehr als 10 Mk. berechnet wird. Ueber die Zuziehung eines zweiten Arztes vgl. Anmerkung 58.

29.*) Bemühungen zur Wiederbelebung eines Scheintodten¹²⁰⁾ (ohne die etwaige Nachbehandlung)¹²¹⁾ 4—20 M.

*) In der No. 29 werden diejenigen Gebühren besprochen, welche der Arzt für seine Bemühungen zur Wiederbelebung scheinotdter Personen zu fordern berechtigt ist. Daneben hat der Arzt auch Anspruch auf die Besuchsgebühr, wenn für die Wiederbelebungsversuche nicht mehr als 10 Mk. zu vergüten sind (vgl. Anmerkung 20).

Unabhängig von diesen Gebühren hat der Arzt auf Grund eines Edictes vom 15. November 1775 (abgedruckt in Rönne & Simon. Das Medicinalwesen des Preussischen Staates. Theil II. S. 509) auch Anspruch auf die vom Staate festgesetzte Lebensrettungs-Prämie. Der Artikel IV. des genannten Edictes bestimmt nämlich:

„Soll demjenigen, welcher eine für ertrunken, erfroren, erstickt oder erdrosselt gehaltene Person zuerst antrifft, und solche in dem zunächst gelegenen Orte zur weiteren Besorgung untergebracht, im Fall der Verunglückte dadurch und durch die mit ihm angestellten Versuche wieder zum Leben gebracht wird, ein Douceur von 10 Thalern, wenn aber die angewandte Bemühung Erfolg auch nicht gehabt hat, dennoch ein Douceur von 5 Thalern aus Unsern resp. Kreis- oder Kriegskassen jeder Provinz, gegen die jedesmal darüber beizubringende obrigkeitliche Bescheinigung ausgezahlt werden“.

Ist die Hülfeleistung des Arztes auf Kosten von Staatskassen (vgl. Note 5 zu § 2) erfolgt, so können die Gebühren für die Wiederbelebungsversuche nicht noch ausser der Prämie liquidirt werden (Erlass der Minister der geistlichen Angelegenheiten und des Innern vom 2. Februar 1821).

Die Ansprüche auf Geldprämien für Wiederbelebungsversuche, welche an Verunglückten mit oder ohne Erfolg vorgenommen werden, müssen bei Vermeidung des Verlustes des Anrechts binnen 3 Monaten nach dem betreffenden Vorfall bei der Orts- oder Kreisbehörde, und wenn hierauf von dieser binnen 4 Wochen kein oder ein ablehnender Bescheid erfolgt ist, binnen 6 Monaten nach dem Vorfall bei der betreffenden Regierung angemeldet werden. (Runderlass des Ministers vom 21. Mai 1850).

Betheiligten sich mehrere Aerzte an der Wiederbelebung eines Einzelnen, so wird nach dem Erlass vom 2. Februar 1821 „die Prämie unter dieselben zu vertheilen sein“.

Werden an mehreren Personen Wiederbelebungsversuche vorgenommen, so bestimmt nach einem Erlass des Ministers des Innern vom 2. November 1848: „im Allgemeinen die Zahl der Rettungen, resp. erfolglosen Rettungsbemühungen auch die Zahl der zu verabfolgenden Prämien“.

Prämien werden nicht bewilligt:

- a) den fixirten Gefangenen-Aerzten für Lebensrettungsversuche bei erhängten u. s. w. Gefangenen. (Ministerial-Rescript vom 26. März 1824);
- b) bei Hilfeleistungen in Vergiftungsfällen, da dieselbe lediglich curativer Natur sind. Sollten indessen ausserordentliche Umstände die Anerkennung einer ungewöhnlichen Leistung von Seiten des Arztes wünschenswerth erscheinen lassen, so ist in solchen Ausnahmefällen zur besonderen Bestimmung an uns zu berichten. (Min.-Rescr. vom 31. December 1843);
- c) für Wiederbelebungsversuche scheinodt geborner Kinder. (Min.-Resc. von 31. März 1863).

Die auf die Rettung scheinodter Personen bezüglichen Ministerial-Rescripte sind bei Rönne & Simon. Das Medicinal-Wesen des Preussischen Staates. Theil II. S. 509 und ff. sowie bei Pistor. Das Gesundheitswesen in Preussen. Bd. I. S. 952 bis 958 abgedruckt.

¹²⁰⁾ D. h. in denjenigen Fällen, wo der eingetretene Tod mit Sicherheit noch nicht constatirt werden kann.

¹²¹⁾ D. h. die etwa erforderliche weitere Behandlung muss besonders und zwar nach den gewöhnlichen Bestimmungen honorirt werden.

Für Bemühungen an scheinodten Personen stehen demnach dem Arzt zu:

1. Vom Staate die Prämie.
2. Vom Behandelten resp. dem zur Zahlung Verpflichteten (vgl. Note 1 zu § 2) die Gebühr nach No. 29 sowie eventuell die Besuchsgebühr.
3. Gebühren für eine etwaige Nachbehandlung.

- 30.*) Impfung¹²²⁾ der Schutzpocken (einschliesslich der Nachschau und der Ausstellung des Impfscheins)¹²³⁾ 3—6 M.
- 31.***) Werden mehrere zu demselben Hausstande¹²⁴⁾ gehörige Personen in demselben Raume gemeinschaftlich¹²⁵⁾ geimpft, für jede¹²⁶⁾ Person 1—2 M.

*) Die No. 30 und 31 behandeln die Gebühren für das Impfen. Neben der eigentlichen Impfgebühr hat der Arzt auch in jedem Falle, wo er die Impfung in der Wohnung des Impflings vornimmt, Anspruch auf die Besuchsgebühr, in seiner eignen Wohnung auf die Gebühr für die Berathung.

¹²²⁾ Die Lymphe ist dem Arzt entweder vom Impfling resp. dessen Angehörigen zu liefern, oder es ist ihm der Betrag dafür wie z. B. auch für Medicamente, die zu subcutanen Injectionen benutzt werden (vgl. No. 37), zu vergüten.

¹²³⁾ Döch muss ein eventueller Besuch resp. Berathung jedesmal besonders honorirt werden.

**) Die No. 31 behandelt die Gebühren für das gleichzeitige Impfen mehrerer zu demselben Hausstande gehöriger Personen; in Betreff der Besuchsgebühr vgl. No. 9

¹²⁴⁾ Vgl. Anmerkung 33 zu No. 9.

¹²⁵⁾ Dem in der Gebührenordnung aufgestellten Princip entsprechend, bei Behandlung von in derselben Wohnung befindlichen und zu einer Familie gehörigen Kranken eine Ermässigung der Besuchsgebühr eintreten zu lassen, ist auch für die wiederholte Verrichtung des Impfens mehrerer Familienangehöriger, sofern dieselbe in demselben Raume und gleichzeitig vorgenommen wird, eine Herabsetzung der sonstigen Impfgebühr festgesetzt.

¹²⁶⁾ In dem Gebührenentwurf von 1895 war direct ausgesprochen, dass die Ermässigung erst für den zweiten Impfling eintreten sollte („für jede weitere Person“).

Nach der Fassung der neuen Gebührenordnung ist es kaum zweifelhaft, dass die Ermässigung bei Vornahme von Familien-Impfungen bereits beim ersten Impfling einzutreten hat. Niemals aber kann die Gesamtgebühr unter 3 Mk. betragen.

32. Die Leitung¹²⁷⁾ eines Bades¹²⁸⁾ 2—10 M.

¹²⁷⁾ D. h. die Beaufsichtigung und Ueberwachung z. B. bei fieberhaften Krankheiten.

¹²⁸⁾ Ausser dieser Gebühr ist dem Arzt die Besuchsgebühr ausnahmslos zu entrichten, eventuell auch die „Verweilgebühr“ nach No. 7.

33*). Ausführung der Narkose¹²⁹⁾ ¹³⁰⁾ 5—15 M.

**) Erfolgt dieselbe behufs Ausführung einer Operation, für welche der Arzt nicht unter 10 M. zu beanspruchen hat, so ist für die Narkose keine besondere Gebühr zu berechnen¹³¹⁾ ¹³²⁾ ¹³³⁾.

*) Die No. 33 beschäftigt sich mit den Gebühren für die Narkose. Dieselbe gilt als besondere Verrichtung; daher ist auch der Besuch resp. eine vorherige Berathung des Kranken (nach No. 6 Anmerkung 20) besonders zu vergüten, es sei denn dass für die Narkose mehr als 10 Mk. entrichtet wird.

Muss der Arzt nach Beendigung der Narkose noch längere Zeit bei dem Narkotisirten verweilen, so muss er für diese Zeitversäumniss (nach No. 7) besonders honorirt werden.

¹²⁹⁾ Das für die Narkose verbrauchte Narkoticum z. B. Chloroform, Aether etc. ist dem Arzt zu liefern oder besonders zu vergüten.

¹³⁰⁾ Wendet der Arzt behufs Vornahme einer Operation die locale Anästhesie (nach Schleich) an, so würden

zwar auch für diese besondere Methode der Narkose die in Abs. 2 der No. 33 aufgestellten Principien zur Anwendung gelangen; hinsichtlich des zu entrichtenden Honorars aber könnte der Tarif für die Narkose nicht benutzt werden. Nach § 4 der allgemeinen Bestimmungen könnte indessen in einem solchen Falle nach No. 37 liquidirt werden (vgl. Note 4 zu § 4), und zwar wären hier die höheren Sätze auch als Mindestgebühr aus dem Grunde gerechtfertigt, weil die Anwendung der localen Anästhesie natürlich grössere technische Fertigkeiten voraussetzt als eine subcutane Injection. Nicht zulässig wäre es dagegen, die No. 11 des Abschnittes III („Gebühren für approbirte Zahnärzte“) der Bemessung der Gebühr für die locale Anästhesie, die von einem Arzte vorgenommen wird, zu Grunde zu legen. Vgl. hierzu Note 3 zu § 1.

Die verwendeten Medikamente wie Aethylchlorid, Cocainlösungen etc. sind dem Arzte ebenfalls zu vergüten, resp. vom Patienten zu liefern.

**) Da die Narkose als besondere Verrichtung angesehen wird, so muss nach den Grundsätzen der Gebührenordnung jede sich unmittelbar anschliessende Operation auch besonders honorirt werden. Von diesem Princip ist hier indess für gewisse Fälle eine Ausnahme gemacht worden.

¹⁸¹⁾ Der Fortfall der Gebühr für die Narkose ist aus dem Grunde gerechtfertigt, weil es sich in denjenigen Fällen, bei welchen der Arzt einen Minimal-satz von nicht unter 10 Mk. berechnen darf, wie ein Blick in die Gebührenordnung zeigt, nur um grössere Operationen handelt, die wohl meistens oder fast immer in Narkose vorgenommen werden. Hier gehört die Narkose, ebenso wie z. B. die Ausspülung der Blase zum Cystoscopiren, gewissermassen als Vorbereitung zur Operation und ist bereits durch die Gebühr für die Operation abgegolten. Wenn nun aber auch in solchen Fällen die Narkose-Gebühr nicht besonders berechnet werden darf, so ist doch nach § 3 ein höherer Satz für die Operation zulässig.

¹³²⁾ Schliesst sich an einen Besuch ausser der Narkose ein weiterer technischer Eingriff (Operation), so fällt die Besuchsgebühr schon fort, wenn für Narkose und Operation zusammen mehr als 10 Mk. zu entrichten ist; denn in diesem Falle wird man die Narkose nur als einen Theil der sich an den Besuch anschliessenden ärztlichen Mühewaltung betrachten müssen.

¹³³⁾ Wird ein zweiter Arzt bei einer Operation zur Narkose hinzugezogen und übernimmt lediglich die letztere, so gelten für diesen nur die Bestimmungen der No. 33 Abs. 1. Leistet er dagegen auch bei der Operation Hilfe, so hat er nur nach No. 14 zu liquidiren.

34*). Massage¹³⁴⁾ 2—5 M.

*) Der Erlass des Ministers vom 11. November 1891, wonach der Arzt „für jede von ihm eigenhändig in der Behandlung des Kranken ausgeführte Massage 2 bis 5 Mk. zu fordern berechtigt ist“, ist durch diese Bestimmung der Gebührenordnung ersetzt. Wird die Massage wiederholt vorgenommen, so tritt eine Ermässigung der ersten Gebühr nicht ein; das Letztere wird man daraus folgern müssen, dass nach den Bestimmungen der No. 42 die Massage nicht zu denjenigen Verrichtungen gehört, bei welchen wenn sie „längere Zeit hindurch bei derselben Krankheit wiederholt ausgeführt werden“, eine Ermässigung der Gebühr einzutreten hat.

¹³⁴⁾ Neben der Gebühr für die eigentliche Massage muss auch der Besuch resp. die Berathung ausnahmslos honorirt werden; vgl. No. 6 Anmerkung 20.

35*). Eine hydrotherapeutische Einwicklung . . 2—5 M.

*) Die Gebühr für den Besuch ist regelmässig daneben zu honoriren; vgl. No. 6 Anmerkung 20. In Betreff der eventuell eintretenden Ermässigung der Gebühr vgl. No. 42.

36*). Anwendung des constanten¹³⁵⁾ oder inducirten Stromes 2—10 M.

*) Die Rundverfügung des Ministers vom 25. Januar 1892, nach welcher „den approbirten Aerzten in streitigen Fällen bei Mangel einer Vereinbarung als Taxe bei der electro-therapeutischen Behandlung zustehen: für die erste Sitzung 2 bis 15 Mk., für jede folgende Sitzung 1 bis 10 Mk.“ widerspricht den Bestimmungen der neuen Gebührenordnung und ist deshalb durch No. 36 aufgehoben.

Neben der Gebühr für die electro-therapeutische Behandlung darf auch der Besuch resp. die Berathung ausnahmslos in Anrechnung gebracht werden; vgl. No. 6 Anmerkung 20. Hinsichtlich der eventuell eintretenden Ermässigung der erstmaligen Gebühr vgl. No. 42.

¹³⁵⁾ Nach dem Ministerial-Erlass vom 22. September 1868 wird „für den Gebrauch des constanten galvanischen Stromes, welcher grösserer Vorrichtung bedarf“, ein höherer Satz als für den inducirten Strom zulässig sein.

37*). Subcutane Einspritzung¹³⁶⁾ ¹³⁷⁾ von Medikamenten¹³⁸⁾ (ausser dem Betrage für letztere)¹³⁹⁾; Einspritzungen in die Harnröhre¹⁴⁰⁾, ein Klystier 1—3 M.

*) Die No. 37 enthält wieder, wenn auch nur in Form einer gelegentlichen Bemerkung, ein nicht unwesentliches Princip: ebenso wie Verbandmittel und Instrumente (vgl. No. 41) sind dem Arzt auch Medicamente, die er im Interesse oder zur Heilung des Patienten verbraucht, entweder zu liefern oder ihrem Werthe nach zu ersetzen. Hierher gehören z. B. auch Chloroform oder Aether, die zur Narkose verwendet werden, Cocaïnlösungen für die locale Anästhesie etc.

Neben der Gebühr für die eigentliche Verrichtung ist in den angeführten Fällen auch die Gebühr für den Be-

auch resp. für die Berathung ausnahmslos zu entrichten. Vgl. No. 6 Anmerkung 20.

Bei wiederholter Vornahme der Verrichtung tritt in gewissen Fällen eine Ermässigung der eigentlichen Verrichtungsgebühr ein; vgl. No. 42.

¹³⁶⁾ Die benutzte Injektions-Spritze ist nur dann dem Arzt zu ersetzen, wenn der Kranke dieselbe für sich behält, oder der Arzt sie aus gewissen Gründen, z. B. bei Syphilitischen, nur für den einen Kranken verwenden kann, vgl. No. 41.

¹³⁷⁾ Die Injection von Antitoxin-Lösungen würde nach § 4 unter Zugrundelegung dieser Nummer zu honoriren sein; das Antitoxin ist dabei dem Arzt zu liefern resp. seinem Werthe nach zu vergüten.

¹³⁸⁾ Oder deren Lösungen.

¹³⁹⁾ Danach hat ein Arzt, der mit einer ihm gehörigen Morphinumlösung eine Injection macht, das Recht, neben der Gebühr für die Einspritzung und den Besuch auch einen gewissen Betrag für das verbrauchte Morphin dem Kranken in Ansatz zu bringen. Dasselbe gilt auch für Lösungen von Medikamenten, welche der Arzt für Einspritzungen in die Harnröhre benutzt.

¹⁴⁰⁾ Hierunter sind nur die gewöhnlichen Einspritzungen zu verstehen, die der Patient z. B. bei Gonorrhoe meistens selbst vornimmt, vgl. No. 38.

38*). Einführung einer Bougie, eines Mastdarmrohres mit oder ohne Eingiessung oder ähnliche Verrichtungen¹⁴¹⁾ 2—10 M.

*) Charakteristisch für die in dieser Nummer aufgeführten Verrichtungen ist, dass der Einspritzung resp. Eingiessung in die Harnröhre bezw. in den Mastdarm erst die Einführung eines Instrumentes vorangehen muss.

Neben der Gebühr für die Verrichtung ist regelmässig die Gebühr für den Besuch resp. die Berathung zulässig; vgl. hierzu No. 6 Anmerkung 20.

Hinsichtlich der eventuell eintretenden Ermässigung sei auf No. 42 verwiesen.

¹⁴¹⁾ Z. B. die Einführung von Metall-Sonden behufs Dilatation von Verengerungen der Harnröhre, eine Guyon'sche Installation, die Behandlung der Gonorrhoe mit Ausspülungen nach Janet oder das Einbringen von Salben-Emulsionen in den Mastdarm mittels der in den letzten Jahren construirten Mastdarmspritzen.

- 39*). Anlegung der Magensonde oder des Schlund-**
rohres¹⁴²⁾ 3—10 M.
- 40). Letztere bei Stricturen¹⁴³⁾ der Speiseröhre**
oder¹⁴⁴⁾ mit Ausspülung des Magens¹⁴⁵⁾ . 5—10 M.

*) Die No. 39 und 40 behandeln die Gebühren für die Anwendung der Schlundsonde und zwar die No. 39 lediglich zu diagnostischen Zwecken, die No. 40 auch als therapeutische Massnahme.

Ausnahmslos ist in beiden Fällen auch die Gebühr für den Besuch bzw. die Berathung (nach No. 6 Anmerkung 20) zulässig; eventuell auch die „Verweilgebühr“ nach No. 7.

Auch für diese Mühewaltungen tritt nach No. 42 in gewissen Fällen eine Ermässigung der Gebühr ein.

¹⁴²⁾ Die Durchleuchtung des Magens oder der Speiseröhre mittels des Gastroscoops oder des Oesophagoscops wäre, wenn keine Stricture vorliegt, ebenfalls gemäss § 4 nach dieser Nummer zu vergüten, allerdings mit einem höheren Ansatz.

¹⁴³⁾ Z. B. bei Carcinom, Syphilis, durch ätzende Stoffe etc. Das Vorhandensein einer Stricture bedingt an und für sich nicht den höheren Satz; es sei denn, dass im einzelnen Falle die Verengerung eine besonders hochgradige war.

¹⁴⁴⁾ D. h. sowohl die Stricture der Speiseröhre als auch die Ausspülung des Magens bedingt schon einzeln die Gebühren nach dieser Nummer. Schliesst sich an die Einführung der Schlundsonde bei Stricturen die Ausspülung des Magens, so sind in diesem concreten Falle die höheren

Sätze der No. 40 zulässig. Eine höhere Gebühr, d. h. über den Minimalsatz hinaus, könnte dabei auch von den in § 2 Abs. 2 aufgeführten Zahlungspflichtigen wegen der Schwierigkeit der Leistung beansprucht werden; vgl. hierzu § 2 Note 9.

¹⁴⁵⁾ Medikamente, welche der Arzt zur Ausspülung verwendet, sind demselben zu liefern oder ihrem Werthe nach zu ersetzen.

41*). Die Instrumente¹⁴⁶⁾ und Verbandmittel¹⁴⁷⁾, welche entweder nur einen einmaligen¹⁴⁸⁾ Gebrauch erlauben, oder welche wegen besonderer Umstände¹⁴⁹⁾ haben vernichtet werden müssen, oder welche der Kranke zu fernerer Anwendung für sich behält¹⁵⁰⁾, sind dem Arzte zu liefern oder ihrem Werthe nach zu vergüten¹⁵¹⁾.

) Das in No. 41 aufgestellte Princip, dass Verbandmittel und Instrumente dem Arzt ersetzt resp. geliefert werden müssen, ist nur eine den heutigen Verhältnissen entsprechende Abänderung der bereits seit der „Tax-Ordnung für die Medicinal-Personen“ vom Jahre 1802 geltenden Bestimmung).

¹⁴⁶⁾ Z. B. Sonden, Injectionsspritzen, Pinsel, Messer etc.

¹⁴⁷⁾ D. h. die zu einem Verbande gehörigen Utensilien.

¹⁴⁸⁾ Z. B. Binden, Jodoformgaze etc.

¹⁴⁹⁾ Z. B. Instrumente, die bei einem von Hundswuth befallenen Menschen benutzt worden sind.

¹⁵⁰⁾ Z. B. Katheter bei Personen mit Prostata-Hypertrophie, Injectionsspritzen etc.

¹⁵¹⁾ In streitigen Fällen wird ein Sachverständiger über die Angemessenheit der vom Arzt gestellten Forderung zu hören sein.

42*). Werden die Verrichtungen zu No. 35—40 längere Zeit hindurch bei derselben Krankheit¹⁵²⁾ wiederholt aus-

*) Joachim, Die neue preussische Medicinaltaxe historisch entwickelt II. Auflage S. 29.

geführt, so ist nur die drei ersten Male der volle¹⁵³⁾ Satz, für jedes folgende¹⁵⁴⁾ Mal die Hälfte¹⁵⁵⁾ zuzubilligen, jedoch nicht unter 1 M.¹⁵⁶⁾.

*) In der No. 42 findet sich das bereits an früherer Stelle behandelte Princip, wenn auch hier mit gewissen Modificationen, wieder, dass bei Wiederholungen einer und derselben Leistung im Verlaufe derselben Krankheit eine Ermässigung der erstmaligen Gebühr eintreten soll. Aber während z. B. bei den Besuchen und Berathungen die Ermässigung bereits vom zweiten Mal ab eintritt, knüpft sich der niedrigere Tarif für die in No. 42 aufgezählten Verrichtungen einmal an die Bedingung, dass die Mühewaltungen „längere Zeit hindurch“ vorgenommen werden; andererseits aber ist die Ermässigung erst vom vierten Mal ab zulässig. Vergl. auch No. 104 und No. 124 Abs. 2.

Ein zweites wichtiges Prinzip bringt der letzte Satz der No. 42; nämlich die Bestimmung, dass keine Leistung des Arztes mit einem geringeren Satze als 1 Mk. honorirt werden soll. Vgl. hierzu No. 49 Abs. 2 und No. 104.

Ganz besonders sei darauf aufmerksam gemacht, dass der Arzt bei allen hier angeführten Verrichtungen (No. 35 bis 40) regelmässig die Gebühr für den Besuch resp. die Berathung in Ansatz bringen kann; vgl. No. 6 Anmerkung 20. Muss er länger als $\frac{1}{2}$ Stunde bei dem Kranken verweilen, so steht ihm ausserdem die „Verweilgebühr“ nach No. 7 zu.

¹⁵³⁾ Vgl. No. 2 Anmerkung 8.

¹⁵³⁾ D. h. die ausgeworfene Gebühr, wie sie nach den besonderen Umständen des Falles zu entrichten ist.

¹⁵⁴⁾ Also vom vierten Mal ab.

¹⁵⁵⁾ D. h. die Hälfte des im concreten Falle dem Arzte zustehenden Satzes.

¹⁵⁶⁾ Diese Bestimmung gilt nur für die Verrichtungsgebühr; incl. der Gebühr für die Berathung oder für den Besuch würde also dem Arzte ein Mindestsatz von 2 Mk. zustehen. Macht z. B. der Arzt bei einem Patienten,

der nur die niedrigsten Sätze zu entrichten hat, 4 Wochen lang alle Abend eine Morphinum-Injection, so hat er für diese Injection als solche (der Besuch ist besonders zu honoriren) auch vom vierten Male ab, für jede Einspritzung den Minimalsatz von 1 Mark zu beanspruchen.

43. Ein Aderlass¹⁵⁷⁾ 2—6 M.

¹⁵⁷⁾ Daneben ist auch die Gebühr für den Besuch zu vergüten.

B. Besondere†) Verrichtungen††).

Wundärztliche¹⁵⁸⁾ Verrichtungen.

44. Eröffnung eines oberflächlichen¹⁵⁹⁾ Abscesses oder Erweiterung einer Wunde. . 2—10 M.
 45. Eröffnung eines tiefliegenden¹⁶⁰⁾ Abscesses¹⁶¹⁾ 10—50 M.
 46. Anwendung des scharfen Löffels¹⁶²⁾ . . 2—10 M.

†) Die Gebührenordnung unterscheidet, wie bereits oben hervorgehoben (vgl. Anmerkung 2), den heutigen Verhältnissen durchaus nicht mehr entsprechend, zwischen „allgemeinen“ und „besonderen“ Verrichtungen in dem Sinne, dass unter „besondere Verrichtungen“ diejenigen Leistungen des Arztes verstanden werden, welche eine besondere technische Fertigkeit zur Voraussetzung haben.

Der Abschnitt „Besondere Verrichtungen“ umfasst 120 Positionen und zerfällt seinerseits wieder in drei besondere Theile. In dem ersten, die „wundärztlichen Verrichtungen“ enthaltenden Theile haben in 74 Nummern im Grossen und Ganzen alle diejenigen technischen Leistungen des Arztes Aufnahme gefunden, welche in der Medicinaltaxe von 1815 in dem zweiten Abschnitt („Taxe für Wundärzte“) aufgeführt waren.

Der zweite Theil umfasst die „augenärztlichen Verrichtungen“ in 21 Positionen, von denen ein Theil in der Taxe von 1815 bei den Leistungen des Wundarztes, also in Abschnitt II, abgehandelt waren.

Der dritte Theil endlich betrifft die „geburtshülfliehen und gynaekologischen Verrichtungen“ und besteht aus 25 Nummern. Er entspricht etwa dem Abschnitt III der Taxe von 1815 („Taxe für die Geburtshelfer“).

††) Vgl. auch Anmerkung 3. Nach dem der Gebührenordnung zu Grunde liegenden Principe darf der Arzt für jede einzelne Verrichtung (auch der Besuch resp. die Berathung gilt als eine Verrichtung im Sinne der Gebühren-Ordnung) eine besondere Gebühr beanspruchen. Hieraus folgt, dass wenn sich an den Besuch resp. die Berathung des Arztes eine andere Verrichtung anschliesst, für Beides, (d. h. sowohl für den Besuch resp. die Berathung als auch für die betreffende Verrichtung), je eine besondere Gebühr zu entrichten ist. (Die Ausnahmen von dieser Regel sind in Anmerkung 20 ausführlich besprochen.) — Die Gebührenordnung unterscheidet sich hierin von der früheren Taxe, nach welcher bekanntlich „das Sostrum für den Besuch, bei welchem eine Operation gemacht, oder eine Wunde zum ersten Mal verbunden wird, in dem Sostrum für die Operation oder den Verband mit inbegriffen ist.“

Neben der Gebühr für den Besuch resp. die Berathung, sowie derjenigen für die eigentlich technische Leistung des Arztes steht demselben für seine Mühewaltung eventuell zu:

- 1) die Gebühr für eine etwa vorgenommene besonders eingehende Untersuchung (nach No. 5 Abs. 2);
- 2) die Gebühr nach No. 7 („Verweilgebühr“), wenn der Arzt länger als eine halbe Stunde bei dem Kranken sich aufhalten musste;

- 3) eine Entschädigung für Zeitversäumniss in den Fällen von No. 10—15 (nach No. 17), sowie von No. 18 und 22 (nach No. 20);
- 4) Fuhrkosten in den Fällen von No. 17, 18 und 22 (nach No. 18 und 19);
- 5) bei Reisen, welche mehr als 10 Stunden in Anspruch nehmen (No. 21), ist zwar ebenfalls jede Verrichtung besonders zu honoriren, doch gelten dabei besondere Bestimmungen, die an der entsprechenden Stelle genauer erörtert sind (vgl. No. 21).

Ausser der Gebühr für die Verrichtung darf auch für die Narkose gesondert liquidirt werden, wenn der Arzt für die Operation als solche nicht mehr als 10 Mark zu beanspruchen hat (No. 33 Absatz 2). Ebenso darf auch für das verauslagte Verbandmaterial, Medicamente, z. B. Jodoform, Instrumente, u. s. w. ausnahmslos eine besondere Gebühr beansprucht werden (vgl. No. 41).

Führen zwei Aerzte eine Operation aus, so darf neben der eventuellen Besuchsgebühr der Operateur die volle Gebühr für die besondere Verrichtung, der zweite Arzt dagegen nur nach No. 14 („Beistand“) liquidiren. Beide aber haben eventuell Anspruch auf die Gebühr für Zeitversäumniss.

Wird eine Operation bei Nacht vorgenommen, so ist in jedem Falle die Besuchs- resp. Berathungs-Gebühr besonders zu zahlen. Dagegen bedingt die Ausführung der Operation bei Nacht an sich noch nicht einen höheren Satz, es sei denn, dass die Ausführung der Operation bei Nacht im Gegensatz zu einer solchen Operation am Tage mit besonderen Schwierigkeiten verknüpft war, z. B. wegen der mangelhaften Beleuchtung.

¹⁵⁸⁾ Dieser Ausdruck ist heute nicht mehr zutreffend und basirt auf der früheren Unterscheidung der Medicinalpersonen in „Medici“ und „Chirurgi“.

Hier muss auch die Frage erörtert werden, die für gewisse technische Verrichtungen von grosser principieller

Bedeutung ist, die aber aus der Gebührenordnung selbst nicht zu entscheiden ist: nämlich die Frage, ob der in der Gebührenordnung für eine Operation ausgeworfene Satz alle bis zur vollständigen Wiederherstellung des Patienten erforderlichen Verbände in sich schliesst oder nicht. Stellt man sich auf den ersten Standpunkt, so wäre für die folgenden Verbände eine besondere Verrichtungsgebühr nicht zu beanspruchen; wohl aber könnte, falls mehrere Verbände nothwendig sind, nach § 3 innerhalb der festgesetzten Grenzen des Tarifs ein höherer Satz liquidirt werden. Daneben wäre für den ersten Besuch, bei welchem die Operation vorgenommen wird, eine Gebühr neben dem Honorar für die Operation nur, soweit es die No. 6 gestattet, zulässig; die folgenden Besuche aber, sowie längeres Verweilen am Krankenbett, wären dem Arzte ausnahmslos zu vergüten.

Ist man dagegen der Ansicht, dass der für die Operation ausgeworfene Satz nur die eigentliche Operation und den in unmittelbarem Anschluss an die Operation angelegten ersten Verband einbegreift, so wären die folgenden Verbände besonders zu honoriren und zwar gemäss § 4 etwa nach No. 47 bis 50. Daneben wäre die Besuchs- resp. „Verweilgebühr“ nach den Bestimmungen der No. 6 (vgl. Anmerkung 20) zulässig. Die ärztlichen Practiker stellen sich ausssschliesslich auf den letzteren Standpunkt, der auch hier acceptirt werden mag.

¹⁵⁹⁾ D. h. eines solchen, der unmittelbar unter der Haut liegt z. B. ein kleiner Furunkel, eine Phlegmone in geringer Ausdehnung, ein Panaritium. Zu der Eröffnung gehört auch der erste Verband (Verbandmaterial darf besonders berechnet werden). Vgl. Anm. 158. Besuch (Berathung) ist hier ausnahmslos zu vergüten.

¹⁶⁰⁾ D. i. ein solcher, der bei der Incision nicht direct zu erreichen ist z. B. Eiteransammlungen im Gebiete der tiefen Halsfascie.

¹⁶¹⁾ In Betreff der Besuchsgebühr vgl. No. 6. Anmerkung 20.

¹⁶²⁾ Wird derselbe im Verlaufe einer Operation angewandt, so darf eine besondere Gebühr neben der Operationsgebühr nicht berechnet werden.

- 47†). Der erste¹⁶³⁾ einfache¹⁶⁴⁾ Verband einer kleinen¹⁶⁵⁾ Wunde 1—10 M.
- 48*). Naht¹⁶⁶⁾ und erster Verband einer kleinen Wunde 2—10 M.
- 49*). Naht und erster Verband einer grösseren¹⁶⁷⁾ Wunde 10—30 M.
- **) Jeder folgende¹⁶⁸⁾ Verband die Hälfte¹⁶⁹⁾, jedoch nicht unter 1 M.¹⁷⁰⁾

†) Die No. 47—49 enthalten die für den praktischen Arzt wichtigsten chirurgischen Leistungen. Neben der Gebühr für die Operation darf der Arzt auch die Gebühr für den Besuch resp. die Berathung beanspruchen (vgl. No. 6 Anmerkung 20); in Bezug auf die ihm ausserdem zustehenden Gebühren vgl. die allgemeinen Anmerkungen bei „Verrichtungen“ (Seite 90).

Verbandstoffe wie Binden, Jodoformgaze etc. sind dem Arzt zu liefern oder ihrem Werthe nach zu vergüten.

¹⁶³⁾ Vgl. No. 1 Anmerkung 5.

¹⁶⁴⁾ D. h. ein Verband, der nicht besondere technische Fertigkeiten beansprucht.

¹⁶⁵⁾ D. h. von geringem Umfange, z. B. ein eröffneter Furunkel, eine kleine Quetschung am Finger etc.

*) Characteristisch für die No. 48 und 49 ist die zum Verschluss der Wunde erforderliche Naht. Dabei muss das verwandte Nähmaterial dem Arzte geliefert resp. erstattet werden.

¹⁶⁶⁾ Sind mehrere Nähte zum Verschliessen der Wunde nothwendig, so dürfen die höheren Sätze berechnet werden.

¹⁶⁷⁾ Für die Beantwortung der Frage, ob eine „grössere“ oder „kleine“ Wunde vorliegt, ist nur die Ausdehnung,

nicht etwa die Beschaffenheit derselben wesentlich; die Zahl der Nadeln wird deshalb für die Unterscheidung fast regelmässig einen gewissen Anhalt geben können.

**) Diese Bestimmung bezieht sich, wie aus dem Zusatz „jedoch nicht unter 1 M.“ hervorgeht, nur auf die Nummern 47—49. Für jeden folgenden Verband in den Fällen von No. 47—49 hat der Arzt zu beanspruchen: 1. die Gebühr für einen folgenden Verband; 2. die Besuchs- resp. Berathungsgebühr mit Ausnahme der No. 6 Anmerkung 20; 3. Verbandstoffe, Medicamente, Nähmaterial etc.

¹⁶⁸⁾ Vgl. No. 2 Anmerkung 7.

¹⁶⁹⁾ Vgl. No. 42 Anmerkung 155.

¹⁷⁰⁾ Vgl. No. 42 Anmerkung 156.

50. Anlegung eines grösseren festen¹⁷¹⁾ oder Streckverbandes¹⁷²⁾, jedesmal¹⁷³⁾ . . . 5—20 M.

¹⁷¹⁾ Z. B. ein Gypsverband oder Gypscorset.

¹⁷²⁾ Z. B. bei Ankylosen am Knie, bei Coxitis; die Gebühr begreift die Bemühung für die Streckung nicht mit ein; vgl. No. 79.

¹⁷³⁾ D. h. auch für die eventuellen folgenden Verbände muss dieselbe Gebühr wie das erste Mal entrichtet werden. Vgl. im übrigen die allgemeinen Bestimmungen zu Verrichtungen (S. 90).

51. Unterbindung eines grösseren Gefässes als selbständige¹⁷⁴⁾ Operation oder Operation einer Pulsadergeschwulst 20—100 M.

¹⁷⁴⁾ Z. B. der Art. anonyma bei Aorten-Aneurysma. Wird die Unterbindung eines grösseren Gefässes im Laufe einer Operation vorgenommen, so kann dies zwar unter Umständen eine Erhöhung der sonstigen Gebühr für die betreffende Operation bedingen; doch ist es in einem solchen Falle nicht gestattet, für die Operation und die

Unterbindung gesondert zu liquidiren; denn in diesem Falle gehört die Unterbindung zur Operation.

52. Eine Sehnendurchschneidung¹⁷⁵⁾ . . . 10—30 M.
 53. Eine Sehnennaht¹⁷⁶⁾ . . . 10—50 M.
 54. Eine Nerven-Isolirung und Durchschneidung, oder Dehnung oder Naht¹⁷⁷⁾ . . 10—50 M.

¹⁷⁵⁾ Nach dem Ministerial-Erlass vom 23. Juni 1843 sollte die festgesetzte Gebühr für die Durchschneidung jeder einzelnen Sehne gelten; dies ist hier ebenfalls anzunehmen.

¹⁷⁶⁾ Was für die Durchschneidung gilt, gilt auch für die Sehnennaht.

¹⁷⁷⁾ D. h. für die Operation an jedem einzelnen Nerven kann besonders liquidirt werden.

- 55†). Entfernung¹⁷⁸⁾ fremder Körper¹⁷⁹⁾
 a. aus den natürlichen Oeffnungen¹⁸⁰⁾ . . 2—10 M.
 b. aus dem Kehlkopf oder der Speiseröhre 6—50 M.
 56. Entfernung fremder Körper¹⁸¹⁾ oder
 Knochensplitter aus einer Schusswunde . 5—10 M.

†) Die No. 55 und 56 behandeln die Entfernung von Fremdkörpern und zwar die No. 56 solche aus Schusswunden. Neben der Gebühr für die Entfernung ist in den Fällen der No. 55a und 56 die Besuchs- resp. Berathungsgebühr ausnahmslos zu entrichten; bei No. 55b nur dann, wenn für die technische Verrichtung bei Tage nicht mehr als 10 M. liquidirt wird; Nachts ebenfalls ausnahmslos; vgl. im Uebrigen No. 6 Anmerkung 20. Hinsichtlich der „Verweilgebühr“ vgl. die allgemeinen Bemerkungen zu Verrichtungen (S. 90).

¹⁷⁸⁾ Die Gebühr für diese Verrichtung ist auch dann begründet, wenn die Entfernung nicht gelingt. Sind blutige Eingriffe zur Entfernung nothwendig, so gelten nicht die Sätze der No. 55, sondern die Gebühr richtet

sich nach der zur Entfernung erforderlichen Operation; eventuell würden hier die Nummern 63—65, 67, 68, 90 und 92 in Frage kommen.

¹⁷⁹⁾ D. h. Fremdkörper, z. B. Linsen, Bohnen, Knöpfe, Geldstücke etc.

¹⁸⁰⁾ „Natürliche Oeffnungen“ sind solche, welche eine unmittelbare Besichtigung gestatten, z. B. Mund, Nase, Ohr.

¹⁸¹⁾ Z. B. Kugeln und die mit denselben mitgerissenen Kleiderfetzen.

57. Entleerung von Flüssigkeit mittels Einstichs

a. aus dem Wasserbruch ¹⁸²⁾ ¹⁸³⁾ 5—10 M.

b. aus der Brusthöhle, der Bauchhöhle,
der Blase oder dem Eierstock ¹⁸⁴⁾ . . . 15—30 M.

¹⁸²⁾ Für die Hydrocele auf beiden Seiten darf für jede einzeln eine Gebühr berechnet werden.

¹⁸³⁾ Die Besuchs- resp. Berathungsgebühr darf hier ausnahmslos besonders liquidirt werden.

¹⁸⁴⁾ Die Besuchsgebühr fällt hier bei Tage weg (vgl. No. 6 Anmerkung 20); betreffs der Zeitversäumniss vgl. die allgemeinen Bemerkungen zu „Verrichtungen“ (S. 90).

58†). Entfernung kleiner ¹⁸⁵⁾, leicht zu operirender ¹⁸⁶⁾ Geschwülste an äusseren Körpertheilen ¹⁸⁷⁾ 3—15 M.

59*). Entfernung grosser complicirter ¹⁸⁸⁾ Geschwülste 20—200 M.

†) Voraussetzung für die Anwendung der beiden Nummern ist, dass es sich um Geschwülste „an äusseren Körpertheilen“ handelt. Nicht etwa lediglich auf die Grösse der Geschwulst kommt es für die Beantwortung der Frage, ob nach No. 58 oder 59 zu liquidiren ist, an, sondern auf die Schwierigkeiten bei der Operation; im Allgemeinen wird natürlich eine kleinere Geschwulst

weniger Schwierigkeiten bei der Entfernung bieten als ein grosser Tumor, wenngleich ausnahmsweise auch das Umgekehrte der Fall sein kann.

Die folgenden Verbände sind etwa nach No. 47—49 Abs. 2 zu vergüten, Verbandmaterial und Medikamente sind dem Arzt zu liefern oder ihrem Werthe nach zu ersetzen. Hinsichtlich der Besuchs- resp. Berathungsgebühr vgl. No 6; im übrigen die allgemeinen Bemerkungen zu „Verrichtungen“ (S. 90).

¹⁸⁵⁾ Z. B. Atherome, Muttermäler etc.

¹⁸⁶⁾ Bestimmend hierfür ist, ob die Entfernung der Geschwulst im einzelnen Falle schwierig war oder nicht; nicht aber, ob sie für den nicht ganz geschickten Operateur besondere Schwierigkeiten darbot.

¹⁸⁷⁾ Z. B. an der Stirn, am Rücken etc.

*) Die Besuchsgebühr fällt hier bei Tage regelmässig fort, ebenso die Gebühr für die Narkose. Hinsichtlich der Gebühr für Assistenten vgl. No. 14. Im übrigen ist auch hier auf die allgemeinen Bemerkungen zu „Verrichtungen“ zu verweisen (S. 90).

Die folgenden Verbände wären etwa nach No. 49 Abs. 2 zu vergüten.

¹⁸⁸⁾ Z. B. Knochentumoren, Mammacarcinom. Der Ausdruck „complicirte“ Geschwülste will sagen, dass die radicale Entfernung dieser Tumoren durch gewisse Nebenumstände erschwert ist, z. B. wenn der Process bereits die benachbarten Lymphdrüsen ergriffen hat.

60*). Kathetrismus der Eustachischen Trompete

mit Lufteinblasen oder Einspritzung¹⁸⁹⁾ . 3—6 M.

*) Neben der Gebühr für die technische Verrichtung darf regelmässig für den Besuch resp. die Berathung besonders liquidirt werden.

¹⁸⁹⁾ Nach dem Ministerial-Erlass vom 15. April 1858 gilt die Applikation des Katheters in das andere Ohr als eine zweite, für sich bestehende, selbständige Operation,

die nicht als eine Wiederholung der Applikation in das erste Ohr zu gelten hat und daher mit dem vollen Sostrum und nicht mit der Hälfte desselben zu honoriren ist. Dagegen ist ein früherer Erlass vom 9. April 1838, welcher bestimmte, „dass wenn eine dieser Applikationen (Kathetrismus resp. Anwendung der Luftpresse) binnen 24 Stunden mehrere Male geschehe, alsdann nur die Hälfte der vorstehenden Sätze gerechnet werden kann“, durch die Gebührenordnung obsolet geworden. Wo nämlich, bei Wiederholungen ärztlicher Leistungen eine Ermässigung der ersten Gebühr eintreten soll, ist es in der betreffenden Nummer ausdrücklich bemerkt. Das Fehlen eines solchen Zusatzes bei der No. 60 lässt also darauf schliessen, dass eine Ermässigung nicht beabsichtigt war.

61. Ausstopfung der Nase¹⁹⁰⁾ 2—5 M.
 62. Aetzung und Abtragung von Theilen der inneren Nase mit dem Galvanokauter . . 3—30 M.

¹⁹⁰⁾ Z. B. bei Blutungen aus der Nasenhöhle. Neben der Gebühr für die Ausstopfung darf regelmässig die Besuchs- resp. Berathungsgebühr beansprucht werden.

- 63†). Kleine Operation¹⁹¹⁾ am Trommelfell und in der Paukenhöhle¹⁹²⁾ 2—10 M.
 64. Schwierige Operation am Mittelohr¹⁹³⁾ vom Gehörgange aus 15—30 M.
 65. Anbohrung oder Aufmeisselung des Warzenfortsatzes 15—100 M.

†) Im Streitfalle wird ein Sachverständiger darüber sich zu äussern haben, ob eine kleine oder schwierige Operation im concreten Falle vorlag.

¹⁹¹⁾ Z. B. die Paracentese des Trommelfelles.

¹⁹²⁾ Z. B. die Anwendung des scharfen Löffels.

¹⁹³⁾ Z. B. die Durchschneidung der Sehne des Tensor tympani oder die Auslösung von Gehörknöchelchen.

66*). Entfernung

- a. einer¹⁹⁴⁾ Mandel 3—15 M.
 b. eines Nasen- oder Rachenpolypen¹⁹⁵⁾ 10—30 M.
 c. von Drüsenwucherungen im Rachen-
 raume 10—50 M.

*) Betreffs der Besuchs- resp. der Berathungsgebühr vgl. No. 6 Anmerkung 20; im Uebrigen die allgemeinen Bemerkungen zu „Verrichtungen“ (S. 90).

¹⁹⁴⁾ Werden in einer Sitzung beide Mandeln entfernt, so darf für jede die volle Gebühr beansprucht werden.

¹⁹⁵⁾ Sind mehrere Polypen zu entfernen, so ist für jeden der volle Satz zu vergüten, vorausgesetzt, dass jeder einen besonderen Eingriff erfordert.

**67*). Kleine Operationen¹⁹⁶⁾ im Kehlkopf, Ein-
 bringung von Medicamenten in denselben
 und dergl.¹⁹⁷⁾ 2—10 M.**

**68. Andere grosse Kehlkopf-Operationen und
 Entfernung einer Geschwulst aus dem
 Kehlkopf¹⁹⁸⁾ 20—300 M.**

*) Neben der Verrichtungsgebühr ist regelmässig der Besuch resp. die Berathung besonders zu vergüten.

¹⁹⁶⁾ Z. B. die Entfernung eines Geschwulststückchens zur genaueren Diagnosenstellung.

¹⁹⁷⁾ Z. B. Pinselungen.

¹⁹⁸⁾ Z. B. die Entfernung von Polypen. Die Entscheidung darüber, ob im concreten Falle eine kleinere oder grössere Operation vorlag, wird im Streitfalle ein Sachverständiger abzugeben haben.

**69†). Einrichtung und Verband¹⁹⁹⁾ gebrochener
 Knochen, und zwar:**

- a. eines oder mehrerer Finger oder
 Zehen²⁰⁰⁾ 2—10 M.

- b. eines gebrochenen Gesichtsknochens
oder Schulterblattes 3—10 M.
- c. eines gebrochenen Beckenknochens, der
Knochen der Hand- oder Fusswurzel,
der Mittelhand oder des Mittelfusses 6—10 M.
- d. des Schlüsselbeines, einer oder mehrerer
Rippen, des Oberarms 10—20 M.
- e. des Unterarms, des Unterschenkels²⁰¹⁾ 10—25 M.
- f. des Oberschenkels 15—30 M.
- g. des Oberschenkelhalses 20—50 M.
- h. der Kniescheibe 15—30 M.
- i. Naht der Kniescheibe 20—100 M.
70. Für Einrichtung und Verband gebrochener
Knochen bei Durchbohrung der Haut²⁰²⁾
erhöhen sich die Sätze zu Nr. 69 um . 10—50 M.

†) Die No. 69 und 70 behandeln die Gebühren für die Behandlung von Fracturen und zwar No. 69 von einfachen, die No. 70 von complicirten Brüchen. Wie bei Operationen gelten die angegebenen Sätze nur für den ersten Verband; muss der Verband erneuert werden, so hat der Arzt für jeden folgenden Verband eine besondere Gebühr zu beanspruchen (etwa nach No. 50), da eine Ermässigung bei Wiederholung des Verbandes nicht direct ausgesprochen ist.

Neben der Gebühr für die technische Verrichtung ist eventuell auch die Besuchs- resp. Berathungsgebühr zulässig, vgl. No. 6 Anmerkung 20. Im Uebrigen sei auf die allgemeinen Bemerkungen zu „Verrichtungen“ verwiesen (S. 90).

Bei Fracturen mehrerer Knochen, die eines gesonderten Verbandes bedürfen, darf für jeden Verband eine besondere Gebühr beansprucht werden (vgl. a und d).

¹⁹⁹⁾ Verbandmaterial ist dem Arzt zu liefern resp. zu ersetzen.

²⁰⁰⁾ Es ist zwar nicht zulässig, für jeden gebrochenen Finger oder Zehe besonders zu liquidiren; doch wird bei mehreren Fingern (Zehen) der höhere Satz beansprucht werden dürfen. Handelt es sich indess um je einen oder mehrere Finger beider Hände, so ist auch, da zwei Verbände erforderlich sind, für jede Extremität der volle Satz zu vergüten.

²⁰¹⁾ Handelt es sich um den Bruch beider Unterarme resp. Unterschenkel, so ist für jeden Verband die volle Gebühr zu entrichten.

²⁰²⁾ D. h. ein sogenannter complicirter Bruch.

71*). Absetzung²⁰³⁾ oder Auslösung von Gliedern²⁰⁴⁾, und zwar:

- a. eines Ober- und Unterarms, eines Ober- oder Unterschenkels 30—200 M.
- b. des Fusses oder der Hand 20—150 M.
- c. eines Fingers oder einer Zehe oder einzelner Glieder derselben 10—30 M.

*) Für jede einzelne, wenn auch in einer Sitzung vorgenommene Amputation resp. Exarticulation darf der volle Satz berechnet werden; die folgenden Verbände sind etwa nach No. 49 Abs. 2 zu honoriren. Betreffs der Besuchs- resp. Berathungsgebühr vgl. No. 6 Anmerkung 20.

²⁰³⁾ Amputation.

²⁰⁴⁾ Gemeint ist die Auslösung von Gliedern aus den Gelenken (Exarticulation).

- 72. Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels²⁰⁵⁾ 3—10 M.**
- 73. Trennung zusammengewachsener Finger oder Zehen 5—30 M.**

²⁰⁵⁾ Z. B. des Unguis incarnatus. Die Besuchs- resp. Berathungsgebühr ist hier ausnahmslos besonders zu entrichten; betreffs der Gebühr für die Narkose vgl. No. 33;

die Gebühr für die folgenden Verbände wäre etwa nach No. 47 zu liquidiren (vgl. Abs. 2 von No. 49, der auch für No. 47 gilt).

74. Resektion eines Knochens der Gliedmassen
in der Kontinuität²⁰⁶⁾ 30—150 M.
75. Gelenkresektion oder Resektion des Ober-
und Unterkiefers 30—300 M.
76. Resektion einer Rippe²⁰⁷⁾ 20—150 M.

²⁰⁶⁾ Z. B. die Resection der Bruchenden zur Heilung einer Pseudarthrose.

²⁰⁷⁾ Sind mehrere Rippen zu reseciren, so darf zwar nicht für jede die volle Gebühr berechnet werden (vgl. No. 69 d); doch werden die höheren Sätze nach § 3 dem Arzt zu bewilligen sein.

77. Eröffnung der Schädelhöhle²⁰⁸⁾ 30—200 M.
78. Eröffnung der Oberkieferhöhle²⁰⁹⁾ . . . 5—30 M.

²⁰⁸⁾ D. i. die Trepanation.

²⁰⁹⁾ D. i. des Antrum Highmori.

79. Gewaltiges Gradestrecken eines ver-
krümmten Gliedes oder Wiederzerbrechen
eines fehlerhaft geheilten Knochen-
bruches²¹⁰⁾ 10—50 M.

²¹⁰⁾ Vgl. No. 50 Anmerkung 172.

80. Eröffnung eines Gelenkes zur Drainage oder
zur Entfernung eines Fremdkörpers²¹¹⁾ . 10—100 M.
81. Knochenaufmeisselung²¹²⁾ 20—100 M.
82. Osteotomie 15—100 M.
83. Dieselbe an der Hüfte 30—200 M.
84. Operation des Klumpfusses²¹³⁾ 30—100 M.

²¹¹⁾ Z. B. Gelenkmäuse, eine Kugel oder Nadel, die von aussen in das Gelenk eindringt.

²¹²⁾ Vgl. die besonderen Bestimmungen für die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes in No. 65.

²¹³⁾ In diesem Zusammenhange kann nur an die Resection der Fusswurzelknochen gedacht werden.

85*). Einrichtung und erster Verband verrenkter

Glieder, und zwar:

- | | |
|--|----------|
| a. des Unterkiefers | 10—20 M. |
| b. des Oberarms | 10—30 M. |
| c. des Oberschenkels | 30—60 M. |
| d. des Vorderarms, Unterschenkels, Fuss-
oder Handgelenks | 15—30 M. |
| e. der Finger oder der Zehen ²¹⁴⁾ . . . | 2—10 M. |

86. Für Einrichtung und Verband veralteter²¹⁵⁾

Verrenkungen sind die doppelten²¹⁶⁾ Gebühren zu gewähren.

*) Die allgemeinen Bemerkungen, die für die Behandlung gebrochener Knochen gelten, gelten auch für die verrenkter Glieder. Die hier ausgeworfenen Sätze gelten also wie dort nur für die Einrichtung und den ersten Verband; etwa nöthig werdende folgende Verbände wären etwa nach No. 50 zu vergüten. Betreffs der eventuellen Besuchs- resp. Berathungsgebühr neben derjenigen für die technische Verrichtung sei auf No. 6 Anmerkung 20 verwiesen.

Handelt es sich um Luxationen verschiedener Glieder, die eine gesonderte Einrichtung und Verband erfordern, so darf für jede einzelne Einrichtung eine besondere Gebühr beansprucht werden. Verbandmaterial ist dem Arzt zu liefern oder seinem Werthe nach zu ersetzen. Im Uebrigen vgl. die allgemeinen Bemerkungen zu „Verrichtungen“ (S. 90).

²¹⁴⁾ Vorausgesetzt, dass hierbei nur ein Verband erforderlich ist.

²¹⁵⁾ Das sind solche, bei welchen das Gelenk und seine Umgebung bereits gewisse Veränderungen erlitten haben, der luxirte Theil mit seiner neuen Umgebung eine Verwachsung eingegangen ist. Für die einzelnen Gelenke ist dieser Zeitpunkt verschieden, so dass sich genauere Bestimmungen darüber, von wann ab eine Luxation als „veraltet“ anzusehen ist, nicht geben lassen. In streitigen Fällen wird also ein Sachverständiger zu entscheiden haben, ob eine „veraltete“ Luxation vorlag, oder nicht.

²¹⁶⁾ D. h. das Doppelte des dem Arzte nach den besonderen Umständen des Falles zustehenden Satzes.

- 87*). Grössere plastische Operationen (Augenlid-, Nasen-, Lippen-, Gaumenbildung, Operation der complicirten Hasenscharte) 20—200 M.
 88. Operation der einfachen Hasenscharte . 10—100 M.

*) Müssen diese Operationen wiederholt werden, so tritt für die folgende Operation keine Ermässigung ein, weil dies in der Gebührenordnung nicht ausdrücklich bemerkt ist.

89. Ausrottung eines Theiles der Zunge oder der ganzen Zunge²¹⁷⁾ 20—200 M.

²¹⁷⁾ Z. B. bei Carcinom. In denjenigen Fällen, wo die ganze Zunge entfernt wird, wird gewöhnlich wegen der grösseren Schwierigkeit der Operation gegenüber der Entfernung nur eines Theiles derselben ein höherer Satz zulässig sein.

- 90†)*). Eröffnung des Kehlkopfes oder der Luftröhre 20—200 M.
 91. Theilweise oder gänzliche Ausrottung²¹⁸⁾ des Kehlkopfes 30—500 M.
 92. Eröffnung des Schlundes oder der Speiseröhre 30—200 M.

†) Für die No. 90—92 ist im Gegensatz zu No. 55 b und No. 68 charakteristisch, dass die Operation hier von aussen

her vorgenommen wird (extralaryngeal), während in den früheren Nummern, die Gebühr für einen Eingriff von innen heraus (endalaryngeal) festgesetzt ist.

*) Tracheotomia superior resp. inferior. Die Besuchsgebühr fällt hier am Tage fort; vgl. No. 6 Anmerkung 20.

²¹⁸⁾ Wegen der grösseren Schwierigkeit bei der gänzlichen Entfernung des Kehlkopfes wird dafür ein höherer Satz als für die theilweise Ausrottung berechnet werden dürfen.

93. Operation des Empyems durch Schnitt²¹⁹⁾ 20—150 M.

²¹⁹⁾ Vgl. hierzu No. 57 b (Punktion).

94. Eröffnung des oberflächlichen²²⁰⁾ Verschlusses des Afters, der Harnröhre, der Schamspalte 5—20 M.

95. Eröffnung tieferer²²¹⁾ Verschlüsse des Mastdarms, der Harnröhre, der Scheide, des Gebärmuttermundes 15—100 M.

²²⁰⁾ Z. B. Atresia ani, veranlasst durch epitheliale Verklebung.

²²¹⁾ Z. B. Atresia recti.

96. Operationen an inneren²²²⁾ Organen der Bauchhöhle 50—500 M.

²²²⁾ Z. B. am Magen, Darm, Pancreas, Uterus.

97*). Zurückbringung eines beweglichen Bruches oder eines Mastdarmvorfalls 3—10 M.

98. Zurückbringung eines eingeklemmten Bruches 10—50 M.

99. Operation eines eingeklemmten Bruches oder Radikaloperation eines Bruches oder Anlegung eines künstlichen Afters oder Operation eines widernatürlichen Afters . 30—200 M.

*) Die Besuchs- resp. Berathungsgebühr ist bei No. 97 ausnahmslos besonders zu vergüten.

100. Operation der Mastdarmfistel oder des Mastdarmvorfalls oder von Hämorrhoidalknoten 10—100 M.
 101. Ausrottung des Mastdarms²²³⁾ 50—300 M.

²²³⁾ Z. B. wegen Carcinoms.

- 102†). Kathetrismus der Harnblase beim Mann . 3—15 M.
 103. Derselben bei der Frau 1,50—5 M.
 104. Werden die Operationen zu No. 102 und 103 längere Zeit²²⁴⁾ wiederholt ausgeführt, so ist für die drei ersten Male der volle Satz²²⁵⁾, für die folgenden²²⁶⁾ die Hälfte²²⁷⁾ zu berechnen — jedoch nicht unter 1 M.²²⁸⁾

†) Die No. 102—104 behandeln die für den practischen Arzt wichtige Verrichtung des Katheterisirens. Wie bei allen technischen Verrichtungen, die häufig in praxi vorgenommen werden, tritt auch bei dem „Kathetrismus der Harnblase“, wenn er „längere Zeit wiederholt ausgeführt“ werden muss, eine Ermässigung der technischen Verrichtungsgebühr ein.

Betreffend die Gebühr für den Besuch resp. die Berathung vgl. No. 6 Anmerkung 20.

Welcher von den verschiedenen Sätzen im einzelnen Falle zu vergüten ist, hängt zum Theil auch von der Schwierigkeit der Leistung ab (§ 3); danach wird in einem Falle, wo die Einführung des Katheters besonders schwierig war, nach § 3 auch eine höhere Gebühr innerhalb des festgesetzten Tarifs zulässig sein (vgl. die einzige Ausnahme in § 2 Abs. 1 Note 3 und 4). Im Uebrigen sei auf die allgemeinen Bemerkungen zu „Verrichtungen“ (S. 90) verwiesen, vgl. auch No. 41 Anmerkung 150.

Es ist zu beachten, dass nach dem der Gebührenordnung zu Grunde liegenden Prinzip keine ärztliche Leistung mit weniger als 1 Mk. honorirt wird. Wird also eine „unbemittelte“ Frau zum fünften Male katheterisirt, so tritt zwar eine Ermässigung der Gebühr für diese technische Verrichtung ein — „jedoch nicht unter 1 Mk.“ Der Arzt könnte also in diesem Falle liquidiren: 1. für Besuchs- (Berathungs-) Gebühr 1 Mk., 2. für den Katheterismus 1 Mk.; in Summa 2 Mk.

²²⁴⁾ Vgl. No. 42 Anmerkung 152.

²²⁵⁾ Vgl. No. 42 Anmerkung 153.

²²⁶⁾ Vgl. No. 42 Anmerkung 154.

²²⁷⁾ Vgl. No. 42 Anmerkung 155.

²²⁸⁾ Vgl. Anmerkung 156.

105.	Operation ²²⁹⁾ der Phimose oder Paraphimose	6—20 M.
106.	Zurückbringung der Paraphimose ²³⁰⁾	1—10 M.
107.	Harnröhrenschnitt	10—100 M.
108.	Operation einer Harnröhrenfistel	20—100 M.
109.	Absetzung des Penis	15—50 M.

²²⁹⁾ Die festgesetzte Gebühr gilt nur für die Operation und den ersten Verband; die folgenden Verbände wären etwa nach No. 48 (Abs. 2 zu No. 49) zu vergüten. Betreffs der Besuchs- resp. der Berathungsgebühr vgl. No. 6 Anmerkung 20.; vgl. auch Anmerkung 158.

²³⁰⁾ Die Besuchs- (Berathungs-) Gebühr ist neben der Gebühr für den technischen Eingriff ausnahmslos zu vergüten.

110*).	Spiegelung der Blase als selbständige ²³¹⁾	
	Operation	5—20 M.
111**).	Ausspülung der Blase desgl. ²³²⁾ ²³³⁾	2—5 M.
112.	Steinschnitt ²³⁴⁾ oder Zertrümmerung ²³⁵⁾ (in einer oder mehreren Sitzungen) ²³⁶⁾	60—500 M.

*) Während nach No. 5 Abs. 2 eine „besonders eingehende Untersuchung“ unter Anwendung bestimmter

anderer Spiegel (Augen-, Kehlkopf-, Ohren- und Scheidenspiegel) eine besondere Gebühr rechtfertigt, die auch beim Fortfall der Besuchs- resp. Berathungsgebühr berechnet werden darf (vgl. No. 6 Anmerkung 20), führt die Gebührenordnung das Cystoscopiren, wenn es eine selbständige Operation (hiesse wohl besser „Untersuchung“) darstellt, als besondere Leistung unter den wundärztlichen Verrichtungen auf. Der Grund für diese Abweichung ist wohl lediglich darin zu suchen, dass die Gebühr für die letztgenannte Untersuchungsmethode im Gegensatz zu den in No. 5 Abs. 2 angeführten nach den Prinzipien der Gebührenordnung eventuell schon die Besuchs- resp. Berathungsgebühr in sich schliesst (vgl. No. 6 Anmerkung 20); denn nur, wenn für die Spiegelung der Blase nicht mehr als 10 Mk. berechnet wird, darf der Besuch (Berathung) daneben liquidirt werden.

Für das Cystoscopiren darf der Arzt also beanspruchen: 1. den in No. 110 festgesetzten Gebührensatz; 2. die Besuchs- resp. Berathungsgebühr, wenn für die technische Verrichtung am Tage nicht mehr als 10 Mk. liquidirt wird (bei Nacht, d. h. in der Zeit zwischen 9 Uhr Abends und 7 Uhr Morgens ausnahmslos); 3. die „Verweilgebühr“ (nach No. 7), wenn der Arzt länger als eine halbe Stunde bei dem Patienten verweilt. Im Uebrigen sei hier auf die allgemeinen Bemerkungen zu „Verrichtungen“ (S. 90) verwiesen

²⁸¹⁾ Vgl. No. 51 Anmerkung 174. Ist die Spiegelung der Blase z. B. nur ein Act irgend einer Operation mit dem Operations-Cystoscop, so darf für das Cystoscopiren eine besondere Gebühr nicht erhoben werden, da die Gebühr für diese Verrichtung bereits durch die Operationsgebühr, gemäss § 4 etwa nach No. 68, abgegolten ist.

**) Neben der Gebühr für die Ausspülung der Blase darf hier regelmässig der Besuch resp. die Berathung besonders in Ansatz gebracht werden.

²⁸²⁾ Vgl. Anmerkung 231.

²³³⁾ Medikamente müssen dem Arzt geliefert oder ihrem Werthe nach vergütet werden. Vgl. No. 37 Anmerkung 139.

²³⁴⁾ Sectio alta oder Cystotomia perinealis.

²³⁵⁾ Lithotripsie.

²³⁶⁾ Wird die Steinertrümmerung in einer Sitzung vorgenommen, so fällt die Besuchsgebühr (nach No. 6 Anmerkung 20) am Tage fort; sind mehrere Sitzungen erforderlich, so kann zwar principiell für die verschiedenen Besuche eine besondere Gebühr neben dem Honorar für die technische Verrichtung nicht beansprucht werden. In einem solchen Falle aber wären nach § 3 die höheren Sätze der No. 112 gerechtfertigt.

113†). Operation des Blutaderbruchs²³⁷⁾ . . . 10—30 M.

114*). Heftpflaster.²³⁸⁾ Einwickelung des Hodens . 1—5 M.

115. Schnittoperation des Wasserbruchs²³⁹⁾ . 20—100 M.

116. Ausrottung eines oder beider²⁴⁰⁾ Hoden . 30—100 M.

†) Die No. 113—116 behandeln die Gebühren für technische Eingriffe an den Hoden resp. am Hodensack.

²³⁷⁾ Varicocele.

*) Die Gebühr für den Besuch resp. die Berathung darf hier ausnahmslos neben der eigentlichen Verrichtungsgebühr berechnet werden.

²³⁸⁾ Das Heftpflaster hat der Patient dem Arzt zu liefern oder seinem Werthe nach zu ersetzen.

²³⁹⁾ Vgl. No. 57 a.

²⁴⁰⁾ Es ist zwar nicht zulässig, für die Ausrottung jedes Hodens den vollen Satz zu berechnen, doch kann für die doppelseitige Castration ein höherer Gebührensatz innerhalb der Grenzen des Tarifs beansprucht werden.

117*). Transfusion 30—60 M.

*) Die Besuchsgebühr fällt hier fort.

Augenärztliche†) Verrichtungen††).

- 118*). Untersuchung der Sehkraft (einschliesslich Farbenblindheit, Gesichtsfeldbeschränkung u. s. w.) 3—15 M.
119. Operation der verengten oder erweiterten Augenlidspalte oder der Verwachsung der Lidspalte 5—30 M.
120. Operation der Verwachsung der Augenlider mit dem Augapfel 20—100 M.
121. Operation des auswärts gewandten Lidrandes 10—50 M.
122. Ausschneiden der Uebergangsfalte eines Augenlides bei Bindehaut-Entzündung . . 3—10 M.
123. Operation des einwärtsgewandten oder des herabhängenden Augenlides in einer oder mehreren Sitzungen 10—100 M.
124. Kathetismus der Thränenwege²⁴¹⁾ . . . 2—20 M.
Bei Wiederholung die ersten drei Male der volle²⁴²⁾ Satz, bei weiteren²⁴³⁾ die Hälfte.²⁴⁴⁾
125. Operation der Thränensackfistel oder Verödung des Thränensackes oder Operation der Thränendrüsensistel 20—50 M.
126. Ausrottung der Thränendrüse 20—80 M.
127. Entfernung des Flügelfelles 10—50 M.
128. Entfernung von Fremdkörpern, und zwar:
a. aus der Bindehaut²⁴⁵⁾ 2—10 M.
b. aus der Hornhaut 3—20 M.
c. aus der Augenhöhle 5—50 M.
d. aus dem Inneren des Augapfels . . . 20—150 M.
129. Schiel-Operation 15—150 M.
130. Galvanokaustische Aetzung der Bindehaut oder Hornhaut. 3—20 M.

131.	Tätowirung der Hornhaut in einer oder mehreren Sitzungen	20—50 M.
132.	Eröffnung der vorderen Augenkammer durch Schnitt.	10—50 M.
133.	Iridektomie, Pupillenbildung	20—150 M.
134.	Operation des grauen Staars oder des Glaucoms	50—300 M.
135.	Nachstaar-Discision in einer oder mehreren Sitzungen	30—150 M.
136.	Entfernung des Augapfels	30—150 M.
137.	Auswahl und Einsetzen eines künstlichen Auges	2—5 M.
138.	Ansetzen künstlicher Blutegel	2—3 M.

†) Nach den Bestimmungen der No. 5 Abs. 2 darf für jede Untersuchung mit dem Augenspiegel eine besondere Gebühr von 2—5 Mk. berechnet werden. Die Gebühr darf auch in denjenigen Fällen liquidirt werden, wo nach No. 6 Anmerkung 20 die Besuchs- resp. die Berathungsgebühr wegfällt.

Werden die Operationen am Tage vorgenommen, so kommt die Besuchs- resp. Berathungsgebühr in Fortfall, wenn für die Operation mehr als 10 Mk. zu entrichten ist.

Medicamente müssen dem Arzt entweder geliefert oder ihrem Werthe nach zurückerstattet werden.

††) Wo ein operativer Eingriff erst in mehreren Sitzungen zu Ende geführt wird (No. 123, 131 und 135), gilt der für die Operation ausgeworfene Gebührensatz für sämtliche Sitzungen. Doch wird für Operationen, die in mehreren Sitzungen vorgenommen werden müssen, ein höheres Honorar (immer aber innerhalb der festgesetzten Grenzen) liquidirt werden dürfen, als wenn der Eingriff schon nach einer Sitzung zum Ziele führte.

Muss dagegen dieselbe technische Verrichtung an beiden Augen gleichzeitig vorgenommen werden, so ist für die Operation an jedem Auge der dafür bestimmte Be-

trag zu vergüten. Vgl. im Uebrigen die allgemeinen Bemerkungen zu „Verrichtungen“ (S. 90).

*) Die hier angesetzte Gebühr ersetzt die Untersuchungsgebühr aus No. 5 Abs. 2, welche daher in Wegfall kommt. Vgl. Anmerkung 247.

²⁴¹⁾ Die Besuchs- resp. Berathungsgebühr ist nur zulässig, wenn am Tage für den Kathetrismus nicht mehr als 10 Mk. beansprucht wird; vgl. Nr. 6 Anmerkung 20.

²⁴²⁾ Vgl. No. 42 Anmerkung 153.

²⁴³⁾ D. h. vom vierten Mal ab; der Ausdruck entspricht dem „folgenden“ Male in No. 42 Anmerkung 154.

²⁴⁴⁾ Vgl. No. 42 Anmerkung 155. Hier darf neben der Gebühr für die technische Verrichtung ausnahmslos der Besuch (Berathung) besonders berechnet werden.

²⁴⁵⁾ Die Besuchs- resp. Berathungsgebühr darf regelmässig daneben liquidirt werden.

†) Geburtshilfliche²⁴⁶⁾ und gynaekologische²⁴⁷⁾ Verrichtungen²⁴⁸⁾.

139*). Untersuchung auf Schwangerschaft, erfolgte Geburt oder Krankheit der Geschlechts-

organe 2–10 M.

†) Der letzte Theil der speciellen Verrichtungen behandelt in 25 Positionen die Gebühren für die geburtshilflichen und gynaekologischen Leistungen des Arztes und zwar beziehen sich die No. 139 bis 152 auf die eigentlich geburtshilflichen, die No. 153 bis 163 auf die gynaekologischen Verrichtungen.

Jede dieser Leistungen, mag sie nun zu Zwecken der Diagnose oder als Operation erfolgt sein, gilt im Sinne der Gebührenordnung als besondere Verrichtung, neben welcher mit gewissen Ansnahmen (vgl. No. 6 Anmerkung 20) auch die Besuchs- resp. Berathungsgebühr liquidirt werden darf.

Wird die Verrichtung in Narkose vorgenommen, so gelten die Bestimmungen der No. 33, d. h. die besondere

Gebühr für die Narkose fällt fort, wenn für die sich anschliessende Operation mehr als 10 Mark beansprucht wird; vgl. Anmerkung 131.

Chloroform, Aether etc., der für die Narkose verwendet wurde, muss dem Arzt geliefert resp. dem Werthe nach erstattet werden; ebenso auch, um das gleich hier vorwegzunehmen, andere Medikamente, Verbandmittel und Instrumente, welche bei der Behandlung von erkrankten Frauen vom Arzt geliefert werden.

Wird ein zweiter Arzt entweder von den Angehörigen oder von dem Hauptarzt als Beistand bei einer Verrichtung hinzugezogen, so gelten für diesen zweiten Arzt die Bestimmungen der No. 14; vgl. die entsprechenden Anmerkungen.

²⁴⁶⁾ Das in der Gebührenordnung aufgestellte Princip, länger als halbstündiges Verweilen am Krankenbett besonders zu honoriren (vgl. No. 7), erfährt für Entbindungen eine sehr beachtenswerthe Ausnahme (vgl. No. 142). Die eigentliche „Verweißgebühr“ steht danach dem Arzt nur in dem Falle zu, wo er länger als zwei Stunden bei der Kreissenden verweilen musste; dauert der Aufenthalt des Arztes bei einer solchen Patientin nicht länger als zwei Stunden, so darf der Arzt zwar eine besondere Gebühr neben der Verrichtung nicht beanspruchen; wohl aber kann bei längerem Aufenthalt nach § 3 der Satz für die eigentliche Entbindung ein höherer sein, immer freilich innerhalb der im Tarif angegebenen Grenzen. — Dieser Grundsatz gilt indess nicht nur bei der Entbindung eines ausgetragenen Kindes, sondern wird auch bei Früh- und Fehlgeburten analoge Anwendung finden müssen.

Für die natürliche Entbindung ist als Mindestgebühr 10 Mark festgesetzt. Hat die Kreissende auf die Minimalsätze keinen Anspruch, so wird nach No. 6 Anmerkung 20 die Besuchsgebühr regelmässig wegfallen. Verlässt nun der Arzt eine solche Kreissende, nachdem er sich durch die Untersuchung überzeugt hat, dass die Geburt noch nicht weit genug vorgeschritten ist, und kehrt nach einigen

Stunden an das Bett der Kreissenden zurück und leistet ihr dann den „Beistand“ bei der Entbindung, so darf der Arzt für diese beiden Besuche zwar eine besondere Gebühr nicht berechnen; wohl aber ist in diesem Falle ein höherer Satz für die Entbindung — immer aber in den festgesetzten Grenzen — zulässig.

²⁴⁷⁾ Nach No. 5 Abs. 2 darf für eine besonders eingehende Untersuchung mit dem Scheidenspiegel neben der Gebühr für den Besuch resp. die Berathung 2 bis 5 Mk. besonders berechnet werden. Wo dagegen die besondere Verrichtung ausschliesslich in einer Untersuchung besteht, z. B. No. 139 und 163, ist mit der dafür angesetzten Gebühr jede Art der Untersuchung, auch eine solche mit dem Scheidenspiegel, bereits abgegolten; die Anwendung des Scheidenspiegels mag dann einen höheren Satz innerhalb der festgesetzten Grenzen begründen.

Hervorzuheben ist, dass bereits in den vorangegangenen Nummern gewisse andere gynaekologische Verrichtungen aufgeführt sind, nämlich in No. 57b, 94 bis 96 und 103.

²⁴⁸⁾ Vgl. die allgemeinen Bemerkungen zu „Verrichtungen“ S. 90.

*) Neben der eigentlichen Untersuchungsgebühr ist hier regelmässig die Gebühr für den Besuch resp. die Berathung zulässig. Wird bei der Untersuchung der Scheidenspiegel benutzt, so darf eine besondere Gebühr nach No. 5 Abs. 2 nicht berechnet werden, wohl aber ein höherer Satz; vgl. Anmerkung 247. Die No. 139 bezieht sich jedoch nur auf Untersuchung der weiblichen Geschlechtsorgane; sonst käme No. 5 in Betracht.

140. Beistand²⁴⁹⁾ bei einer natürlichen²⁵⁰⁾ Entbindung²⁵¹⁾ ²⁵²⁾ 10—40 M.

141. Bei einer Zwillingsgeburt²⁵³⁾ um die Hälfte²⁵⁴⁾ mehr²⁵⁵⁾.

142*). Bei einer Geburt²⁵⁶⁾ von mehr als zwei²⁵⁷⁾ Stunden Dauer²⁵⁸⁾ für jede angefangene halbe Stunde mehr²⁵⁹⁾ 1,50—3 M.

²⁴⁹⁾ Es ist dabei nicht nothwendig, dass der Arzt bei der Entbindung irgendwie eingreift; schon die geforderte Anwesenheit des Arztes, z. B. um im Falle der Noth so gleich bei der Hand zu sein, muss als „Beistand“ aufgefasst werden. Immer aber muss der Arzt, wenn er nach dieser Nummer liquidiren will, bei der Geburt zugegen gewesen sein. Entfernt er sich von der Kreissenden, z. B. weil er nach der Untersuchung den Eindruck gewonnen hat, dass Alles zwar in bester Ordnung, die Beendigung der Geburt indess vorläufig noch nicht zu erwarten ist, die Entbindung aber ist bei seiner Rückkehr bereits vorüber, so darf er nicht nach dieser Nummer, sondern nur für die Untersuchung (etwa analog nach No. 139) liquidiren. Für beide Besuche darf er ausserdem eine besondere Gebühr beanspruchen.

²⁵⁰⁾ „Natürliche“ Entbindung ist hier in Gegensatz gestellt zu der in No. 143 angeführten „künstlichen“ Entbindung.

²⁵¹⁾ Zu der „Entbindung“ gehört die vollkommene Entwicklung des Kindes, die gewöhnliche Entfernung der Nachgeburt und die Stillung der gewöhnlichen Blutung. Für die beiden letztgenannten Mühewaltungen hat zwar der Arzt, der eine Entbindung leitet, eine besondere Gebühr nicht zu beanspruchen; doch sind dies nach § 3 Momente, welche die höheren Sätze rechtfertigen. Liegen indessen in den beiden letztgenannten Fällen besondere Schwierigkeiten vor, so ist nach 148 und 149 eine besondere Gebühr zulässig.

²⁵²⁾ Ruft der Arzt ein asphyktisches Kind ins Leben zurück, so steht ihm für diese Bemühung neben dem Honorar für die Entbindung eine besondere Gebühr nach No. 29 zu; eine staatliche Rettungs-Prämie, die sonst für die Wiederbelebung scheinotdter Personen gewährt wird, wird indess „für Wiederbelebungsversuche von scheinotd geborenen Kindern“ nach einer Verfügung des Ministers vom 31. März 1863 nicht bewilligt.

²⁵³⁾ Voraussetzung für die Anwendung dieser Nummer ist, dass der Arzt die Entbindung beider Kinder leitet.

Wird er z. B. zu einer Kreissenden gerufen, welche ein Kind bereits vor seiner Ankunft geboren hat, so werden seine Bemühungen bei dem zweiten Kinde je nach der geleisteten Hilfe honorirt. Für den liquidirenden Arzt liegt also in einem solchen Falle eine Zwillingsgeburt nicht vor (meist wird er wohl nach No. 143a oder 143b liquidiren können). Was für die Zwillingsgeburt gilt, trifft auch für Drillinge, Vierlinge etc. zu; doch wird hier eine Erhöhung der Gebühr angemessen sein.

²⁵⁴⁾ D. h. immer nur die Hälfte des für eine normale Entbindung zu entrichtenden Honorars, gleichgültig ob das zweite Kind durch Kunsthülfe entwickelt werden musste oder nicht, wie dies auch in der Taxe von 1815 bestimmt war.

²⁵⁵⁾ Im Ganzen also das Anderthalbfache des Satzes für eine gewöhnliche Entbindung.

*) Abweichend von den Bestimmungen der No. 7 darf die „Verweilgebühr“ bei Entbindungen, und zwar gleichgültig, ob es sich um eine natürliche oder künstliche Entbindung handelt, ob eine Früh- oder Fehlgeburt vorliegt, nicht schon nach der ersten abgelaufenen halben Stunde berechnet werden, sondern erst dann, wenn der Arzt länger als 2 Stunden bei der Kreissenden verweilt. Die Art der Berechnung ist im Uebrigen dieselbe wie nach No. 7.

²⁵⁶⁾ Es ist gleichgültig, welcher Art die Geburt ist; auch die Fehl- resp. Frühgeburt gehört hierher.

²⁵⁷⁾ Vgl. Anmerkung 246.

²⁵⁸⁾ Diese Bestimmung kann zu Missverständnissen Veranlassung geben; sie geht von der nicht immer zutreffenden Voraussetzung aus, dass der Arzt gleich im Anfangsstadium der Geburt zur Kreissenden gerufen wird. Nicht darauf kommt es für die Erhebung der „Verweilgebühr“ an, wie lange die Entbindung im Gange war, sondern einzig und allein darauf, wie lange der hinzugezogene Arzt am Kreissbett verweilen musste. Nur wenn er sich mehr als

2 Stunden aufhielt, steht ihm für das Verweilen eine besondere Gebühr zu.

²⁵⁹⁾ Wie die „Verweilgebühr“ nach No. 7 wird auch diese Gebühr in der Zeit zwischen 9 Uhr Abends bis 7 Uhr Morgens verdoppelt resp. verdreifacht; sie fällt fort, wenn eine Entschädigung für Zeitversäumniss beansprucht werden darf. Vgl. im Uebrigen Anmerkung 27, 28, 75, 93 und 96.

143*). Künstliche²⁶⁰⁾ Entbindung:

- a. durch Manual-²⁶¹⁾Extraktion²⁶²⁾ 15—50 M.
- b. durch Wendung mittels innerer Handgriffe oder durch Zange²⁶³⁾ 15—100 M.
- c. durch Wendung, Extraktion und Zange zugleich²⁶⁴⁾ oder durch Perforation mit oder ohne²⁶⁵⁾ Kephalotripsie oder Zerstückelung oder mit Symphysiotomie . 30—150 M.
- d. bei vorliegendem Mutterkuchen²⁶⁶⁾ ausserdem²⁶⁷⁾ 10—50 M.

*) Bei der durch Kunsthülfe zu Ende geführten Entbindung fällt am Tage fast ausschliesslich (vgl. No. 6 Anmerkung 20) die Besuchsgebühr fort, und zwar gleichgültig, ob sich die Kreissende innerhalb oder ausserhalb des Wohnortes des Arztes befindet; im letzteren Falle wird für den eigentlichen operativen Eingriff ein höherer Satz zulässig sein. Nachts dagegen darf in jedem Falle neben der Gebühr für die Entbindung auch der Besuch (vgl. No. 10) besonders liquidirt werden. Eine besondere Gebühr für die Narkose wird hierbei nach No. 33 Abs. 2 zwar ebenfalls nicht liquidirt werden dürfen, dafür aber nach § 3 ein höherer Satz für die Operation. Das zur Narkose verwendete Chloroform resp. der Aether sind dem Arzt zu liefern oder ihrem Werthe nach zu erstatten.

Muss der Arzt am Kreissbett länger verweilen, so darf er nach No. 142 erst nach einem Aufenthalt von mehr als 2 Stunden eine besondere Gebühr beanspruchen und

zwar für jede weitere angefangene halbe Stunde 1,50—3 Mk. Fällt das Verweilen des Arztes entweder nur zum Theil oder ganz in die Nachtzeit (9 Uhr Abends bis 7 Uhr Morgens), so beträgt die Gebühr für das in die Nachtzeit fallende Verweilen 3—9 M.

Wird ein zweiter Arzt zu der Entbindung hinzugezogen, der den nöthigen operativen Eingriff vornimmt, so gilt dieser zweite Arzt als Hauptarzt, dem allein die Gebühr für die Operation zusteht. Wird die Operation in Narkose vorgenommen, so kann der Hauptarzt für die Narkose nach No. 33 Abs. 2 nicht besonders liquidiren. Der erste Arzt würde in einem solchen Falle nur liquidiren dürfen: 1. die Besuchsgebühr; 2. die Gebühr für eine Untersuchung nach No. 139; 3. Gebühr für „Beistand“ (No. 14); 4. Verweilgebühr nach No. 142. Wird ein zweiter Arzt vom ersten nur zur Assistenz zugezogen, so darf der zweite nur nach No. 14 liquidiren; vgl. insbesondere die Anmerkung 58.

²⁶⁰⁾ Darunter versteht man jede durch Kunsthülfe zu Ende geführte Entbindung.

²⁶¹⁾ D. h. eine Extraction, bei der jedes Instrument vermieden wird, die nur durch die Hände des operirenden Arztes zu Ende geführt wird.

²⁶²⁾ D. h. die Extraktion an einem oder beiden Füßen oder am Steiss.

²⁶³⁾ D. h. die Anlegung der Zange ohne vorangegangene Vorbereitung im Gegensatz zu Wendung und Zange zugleich; siehe No. 143 c.

²⁶⁴⁾ Sind mehrere Eingriffe zur Beendigung der Geburt erforderlich, so darf zwar immer nur innerhalb der Grenzen der No. 143 liquidirt werden, doch wird in einem solchen Falle nach § 3 der allgemeinen Bestimmungen der höhere Satz des Tarifes zulässig sein.

²⁶⁵⁾ Muss der künstlichen Entbindung die Enthirnung oder Zerstückelung der Frucht vorangehen, so würde das nach § 3 einen höheren Satz rechtfertigen.

²⁶⁶⁾ Placenta praevia; handelt es sich um Placenta praevia centralis, so wären die höheren Sätze zulässig.

²⁶⁷⁾ D. h. neben der Gebühr für die künstliche Entbindung; eventuell auch die Besuchs- (vgl. No. 6) und Verweilgebühr (nach No. 142).

144*). Beistand²⁶⁸⁾ bei einer Fehlgeburt²⁶⁹⁾ . . . 6—50 M.

145**). Einleitung²⁷⁰⁾ der künstlichen Frühgeburt
oder des Abortus 10—50 M.

*) Die Entstehungsgeschichte dieser Nummer, die lediglich auf Veranlassung der Berlin-Brandenburgischen Aerztekammer in die Gebührenordnung aufgenommen wurde, zeigt, dass man mit dieser Position nur die Hülfeleistung des Arztes bei drohendem oder bereits eingetretenem Abort treffen wollte.

Neben der Gebühr für die technische Verrichtung darf der Arzt nach No. 6 auch die Besuchsgebühr und, wenn er längere Zeit am Krankenbett verweilen musste, auch die „Verweilgebühr“ nach No. 142 beanspruchen. Wird die Verrichtung in Narkose vorgenommen, so darf die Narkose (nach No. 33 Abs. 2) besonders berechnet werden, wenn für die eigentliche Operation unter 10 Mk. liquidirt wird.

²⁶⁸⁾ Hierunter ist jeder technische Eingriff des Arztes bei drohendem oder bereits eingetretenem Abort zu verstehen, z. B. die Tamponade der Scheide, die Entfernung des Eies, resp. der Frucht etc. Die Mühewaltungen des Arztes, die nach der Operation erforderlich sind, also z. B. weitere Besuche, Ausspülung der Scheide oder des Uterus etc. sind besonders zu vergüten.

²⁶⁹⁾ Neben dem Abort auch die Molengeburt.

***) Die No. 145 behandelt diejenigen Massnahmen des Arztes, welche zur Unterbrechung der Schwangerschaft unternommen werden müssen; man unterscheidet dabei die künstliche Frühgeburt, wenn die Unterbrechung der Gravidität zu einer Zeit vorgenommen wird, in der die Frucht bereits extrauterin fortzuleben im Stande ist und den Abort, wenn dies noch nicht möglich ist. Wird für

diese Mühewaltung mehr als 10 Mk. berechnet, so fällt die Besuchsgebühr selbst dann fort, wenn mehrere Besuche erforderlich waren; doch würde der Arzt in einem solchen Falle durch die höheren Sätze der Verrichtungsgebühr entschädigt werden. Betreffs der Narkosengebühr resp. der Gebühr für einen zweiten zugezogenen Arzt (vgl. No. 33 Abs. 2 und No. 14).

²⁷⁰⁾ Hierunter sind alle Mühewaltungen des Arztes einbegriffen, welche zum Zwecke der Unterbrechung der Schwangerschaft angewendet werden müssen; also die Einlegung eines Bougies, die Tamponade der Scheide etc.

146†). Kaiserschnitt bei einer Lebenden²⁷¹⁾ ²⁷²⁾ . 50—500 M.

147. Desgleichen bei einer Verstorbenen . . 20—50 M.

†) Wird ein zweiter Arzt als Beistand zugezogen, so gelten für den zweiten die Bestimmungen der No. 14. Hinsichtlich der Besuchs- und Narkosegebühr vgl. No. 6 und No. 33 Abs. 2. Für die Nachbehandlung kann besonders liquidirt werden.

²⁷¹⁾ Der höhere Satz bei einer lebenden Frau ist durch die Aufmerksamkeit geboten, die der Arzt im Interesse der Wiederherstellung der Mutter anwenden muss. Wird daher die Operation erst in der Agone vorgenommen, so würden nur die Sätze der No. 147 zulässig sein.

²⁷²⁾ Wird durch die Operation ein lebendes Kind entwickelt, so würde das einen höheren Satz des Tarifes rechtfertigen.

148†). Entfernung der Nachgeburt²⁷³⁾ ohne Entbindung²⁷⁴⁾ 10—20 M.

149. Behandlung einer Blutung nach der Geburt²⁷⁵⁾ ohne Entbindung²⁷⁶⁾ 10—100 M.

†) Die No. 148 und 149 behandeln geburtshilfliche Verrichtungen des Arztes, die selbständig ohne Entbindung vorgenommen werden. Hinsichtlich der Besuchs-

und Narkosengebühr vgl. No. 6 und No. 33 Abs. 2. Assistirt ein zweiter Arzt bei diesen Eingriffen, so gelten für ihn die Bestimmungen der No. 14.

²⁷³⁾ Diese Bestimmung entspricht etwa dem früheren Rechtszustand, der auf die Tax-Ordnung vom Jahre 1802 zurückgeht. Es heisst daselbst in Abschnitt III „Taxe für die Geburts-Helfer: für die mit Schwierigkeit verbundene Abnehmung der Nachgeburt, mehrere Stunden nach der Entbindung (die gewöhnliche gehört zur Entbindung).“ Indessen ist es nicht nothwendig, dass die Entfernung der Placenta erst mehrere Stunden nach der Geburt vorgenommen wird, wenngleich in praxi der Arzt meist erst nach einer gewissen Zeit zur Lösung der Nachgeburt gerufen wird.

²⁷⁴⁾ Die Entstehungsgeschichte zeigt, dass die gewöhnliche Entfernung der Nachgeburt bereits durch die Gebühr für die Entbindung abgegolten ist. Erfolgt der Abgang der Placenta nicht spontan, muss dieselbe vielmehr durch einen besonderen Eingriff gelöst werden, so darf neben der Gebühr für die Entbindung auch für die Entfernung der Placenta besonders liquidirt werden.

²⁷⁵⁾ D. h. Blutungen in der Nachgeburtsperiode oder im Wochenbett, wie sie z. B. bei Atonie des Uterus, bei zurückgebliebenen Eiresten etc. auftreten.

²⁷⁶⁾ Der Beistand bei der Entbindung muss besonders vergütet werden; vgl. Anmerkung 274.

150†). Operation eines frischen²⁷⁷⁾ Dammrisses²⁷⁵⁾ 5—20 M.

151. Operation eines veralteten²⁷⁹⁾ Dammrisses 20—200 M.

152. Sofern derselbe ein bis in den Darm durchgehender ist²⁸⁰⁾ 30—300 M.

†) Die No. 150—152 behandeln die Gebühren für die Operation von Dammrissen und zwar No. 150 den sich unmittelbar an eine Entbindung anschliessenden Dammriss, die No. 151 und 152 denjenigen Riss, der zwar ebenfalls

auf eine Entbindung zurückzuführen ist, indessen bereits längere Zeit besteht.

²⁷⁷⁾ Man versteht darunter jeden sich unmittelbar an eine Entbindung anschliessenden Dammriss.

²⁷⁸⁾ Die Gebühr für die Entbindung, bei welcher der Arzt Beistand leistete, darf ausserdem liquidirt werden.

²⁷⁹⁾ D. h. alte vernarbte Dammrisse.

²⁸⁰⁾ D. h. ein solcher, bei welchem der Sphincter ani mit durchgerissen ist.

153. Operation²⁸¹⁾ der Mastdarm-Scheidenfistel, der Blasen- oder Harnleiter-Scheidenfistel oder Aehnliches²⁸²⁾ 30—500 M.

²⁸¹⁾ Hierunter ist die blutige Anfrischung der Wundränder und ihre Vereinigung durch Naht zu verstehen. Muss die Operation wiederholt werden, so tritt keine Ermässigung der Gebühr ein, sondern es kann jedesmal der volle Satz liquidirt werden.

²⁸²⁾ Z. B. die Dünndarm-Scheidenfistel.

- 154-†). Einlegen von Arzneistiften²⁸³⁾ in die Gebärmutter oder Ausspülung derselben oder Aetzung des Gebärmutterhalses oder der Gebärmutterhöhle oder Ansetzen von Blutegeln mittels des Mutterspiegels²⁸⁴⁾ . . . 3—10 M.
155. Einlegung eines Mutterkranzes²⁸⁵⁾ mit Lageverbesserung²⁸⁶⁾ der Gebärmutter . . . 2—20 M.
156. Reposition der umgestülpten Gebärmutter²⁸⁷⁾ 10—100 M.
157. Unblutige²⁸⁸⁾ Erweiterung des Muttermundes und Mutterhalses 3—20 M.
158. Blutige²⁸⁹⁾ Erweiterung des Muttermundes 5—50 M.
159. Naht alter Mutterhalsrisse 20—50 M.
160. Ausschabung der Gebärmutterhöhle²⁹⁰⁾ . . . 10—100 M.
161. Theilweise Entfernung der Gebärmutter²⁹¹⁾ 20—100 M.
162. Gänzliche Entfernung der Gebärmutter²⁹²⁾ 50—500 M.

†) Vgl. die allgemeinen Bemerkungen zu „Verrichtungen“ (S. 90) und Anmerkung 247 (No. 5 Abs. 2).

²⁸³) Medikamente sind dem Arzt zu liefern oder ihrem Werthe nach zu erstatten.

²⁸⁴) Nur für die besonders eingehende Untersuchung mit dem Mutterspiegel ist die besondere Gebühr nach No. 5 Abs. 2 zulässig; bei der Anwendung zu therapeutischen Zwecken, wie hier, darf die besondere Gebühr nicht noch ausserdem gefordert werden. Daneben aber ist die Besuchs- resp. Berathungsgebühr in diesem Falle ausnahmslos zu entrichten.

²⁸⁵) Das Pessar hat die Patientin zu liefern resp. dem Arzte seinem Werthe nach zu vergüten. Hinsichtlich der Besuchs- resp. Berathungsgebühr vgl. No. 6 Anm. 20.

²⁸⁶) Für die Erstattung der Gebühr ist nicht erforderlich, dass auch wirklich eine Lageverbesserung erreicht wird.

²⁸⁷) Inversio uteri, wie sie z. B. im Puerperium vorkommt oder durch Tumoren veranlasst wird.

²⁸⁸) Z. B. durch Einlegen von Jodoformstreifen, Laminariastiften etc. Hinsichtlich der Besuchs- resp. Berathungsgebühr vgl. No. 6 Anmerkung 20.

²⁸⁹) Durch Incision des Cervix.

²⁹⁰) Zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken; im letzteren Falle sind die höheren Sätze des Tarifes aus dem Grunde zulässig, weil die Ausschabung eine allgemeinere sein muss.

²⁹¹) Per vaginam; vgl. No. 96.

²⁹²) Für die Bemessung des Honorares ist es hier gleichgültig, ob die Entfernung per vaginam oder durch Laparotomie erfolgt; die Höhe der Gebühr wird zum Theil davon abhängig sein, aus welchen Indicationen im concreten Falle die Uterusexstirpation vorgenommen wurde.

163*). Untersuchung einer Amme²⁹³) 3—10 M.

*) Neben der Gebühr für die Untersuchung darf der Arzt in diesem Falle regelmässig die Besuchs- und Berathungsgebühr liquidiren.

²⁹³⁾ Nimmt der Arzt eine besonders eingehende Untersuchung mit dem Mutterspiegel vor, so darf er trotzdem nicht nach No. 5 Abs. 2 besonders liquidiren; wohl aber ist ein höherer Satz für die Untersuchung zulässig; vgl. Anmerkung 247.

III. Gebühren für approbirte Zahnärzte.

- I. Für die Berathung¹⁾ eines Zahnkranken, einschliesslich²⁾ der Untersuchung des Mundes³⁾ und etwaiger schriftlicher Verordnung⁴⁾
 - a. in der Wohnung⁵⁾ des Zahnarztes 1—5 M.
Nachts⁶⁾ 2—10 M.
 - b. in der Wohnung⁵⁾ des Zahnkranken 2—6 M.
Nachts⁶⁾ 4—15 M.

*) Auch für die Berechnung der Gebühren der approbirten Zahnärzte sind die „Allgemeinen Bestimmungen“ §§ 1 bis 5 (Seite 5 bis 42) massgebend; insbesondere sind auch für die zahnärztlichen Gebühren Minimal- und Maximal-Sätze aufgestellt, innerhalb deren die Gebühr im Einzelfalle nach § 2 und 3 zu finden ist.

In No. 3 bis 14 sind die Gebühren für zahnärztliche Leistungen, in No. 15 bis 22 die Gebühren für zahntechnische Leistungen bestimmt. No. 1 bestimmt die Gebühr des Zahnarztes für eine Inanspruchnahme, bei der es zu einer manuellen Thätigkeit nicht kommt.

In No. 2 ist das Princip ausgesprochen, dass die Gebühr für Berathung in der Wohnung des Zahnkranken oder des Zahnarztes dann fortfällt, wenn eine Gebühr für eine besondere manuelle Verrichtung liquidirt wird.

Im Uebrigen ist hervorzuheben, dass es für zahnärztliche Leistungen — im Gegensatz zu den ärztlichen Lei-

stungen des Abschnittes II. — eine besondere Gebühr weder für Zeitversäumniss noch für sofortige resp. zu einer bestimmten Zeit zu machende Besuche giebt. Alle diese Umstände mögen bei Bemessung der Gebühr innerhalb der festgesetzten Grenzen gemäss § 3 berücksichtigt werden.

Es wird sich indessen rechtfertigen, dass auch der Zahnarzt bei Geschäftsreisen den Betrag der wirklich verausgabten Fuhrkosten als Auslagen in Ansatz bringt.

Uebernimmt dagegen ein approbirter Arzt zahnärztliche Verrichtungen, so ist er berechtigt, nach Abschnitt II zu liquidiren (vgl. Note 3 zu § 1 S. 12.)

¹⁾ Die „Berathung“ wird in Abschnitt III nicht unterschieden vom „Besuch“; Berathung heisst hier vielmehr jede zahnärztlich-sachverständige Rathsertheilung ohne besondere manuelle Thätigkeit, gleichgiltig ob der Rath ertheilt wird in der Wohnung des Zahnarztes oder in der des Zahnkranken; nur tritt im letzteren Falle für die Mühewaltung des Weges eine Erhöhung des Gebührensatzes ein.

Im Gegensatz zu dem Princip des Abschnittes II wird hier zwischen „erster“ und „folgender“ Berathung nicht unterschieden. Gleichgiltig, ob es sich um dieselbe Erkrankung handelt oder nicht, wird für jede neue Berathung der volle Satz der No. 1 liquidirt. Für die manuellen Verrichtungen siehe Anmerkung 11.

²⁾ In der angesetzten Gebühr wird die Gesamththätigkeit des Zahnarztes abgegolten, als deren Ergebniss und Schluss die Rathsertheilung an den Patienten sich darstellt.

³⁾ Es ist gleichgiltig, mit welchen Mitteln die Untersuchung des Mundes vorgenommen wird, und ob dieselbe eine besonders eingehende gewesen ist oder nicht. Besondere Gebühren können für besonders eingehende Untersuchungen oder solche mit besonderen Hilfsmitteln nicht liquidirt werden, jedoch kann hierfür gemäss § 3 eine höhere Gebühr innerhalb der Satzgrenzen in Ansatz gebracht werden.

⁴⁾ Natürlich wird eine mündliche Verordnung ebenfalls nicht besonders honorirt.

5) „Wohnung“ ist hier gleichbedeutend mit Aufenthalt, z. B. auch wenn der Zahnarzt im Umherziehen im Hotel, in dem er sich aufhält, zahnärztliche Praxis ausübt.

6) Welche Zeit als „Nachtzeit“ angesehen wird, ist in Abschnitt III nicht besonders gesagt. Dennoch wird es gestattet sein, die Bestimmung des Begriffs „Nachts“ aus No. 10 des Abschnittes II zu entnehmen; es ist die Zeit von 9 Uhr Abends bis 7 Uhr Morgens.

2.7) Schliesst sich an die Berathung und Untersuchung in derselben Sitzung⁸⁾ eine der Verrichtungen, für welche im Nachstehenden⁹⁾ eine besondere Gebühr ausgeworfen¹⁰⁾ ist, so darf eine solche nach No. 1 nicht gefordert werden.

7) Das Hauptprincip des Abschnittes III ist in No. 2 dahin ausgesprochen, dass die Berathungsgebühr wegfällt, wenn in derselben Sitzung eine gebührenpflichtige manuelle Verrichtung vorgenommen wird.

8) Voraussetzung ist, dass sich die manuelle Verrichtung unmittelbar an die Berathung oder Untersuchung in derselben Sitzung anschliesst. Wird in einer Sitzung nur eine Untersuchung vorgenommen, die Zahnoperation, z. B. Ausziehen des Zahnes, erst in einer zweiten Sitzung, so ist für die erste Sitzung die Gebühr aus No. 1, für die zweite Sitzung die Gebühr aus No. 4 zu liquidiren.

9) Im Nachstehenden d. h. in den No. 3 bis 22. Bei den No. 15 bis 22, die lediglich zahntechnische, keine zahnärztlichen Verrichtungen enthalten, zeigt sich die Besonderheit, dass dieselben überhaupt nicht während der Sitzung, sondern ausserhalb derselben vorgenommen werden; aber die Fertigstellung der technischen Leistung kann eine „Sitzung“ erforderlich machen. Nehmen wir den Fall, dass der Zahnarzt einer sehr reichen Dame in der ersten Sitzung vier Zähne auszieht und nun den Auftrag erhält, vier künstliche Zähne an einer Kautschukplatte anzufertigen, diesen

Auftrag auch ausführt, und die Dame aus irgend welchen Gründen zum Einpassen des Gebisses zweimal beim Zahnarzt erscheinen muss. Die Dame ist im Ganzen dreimal beim Zahnarzt gewesen. Für die erste Sitzung hat der Zahnarzt keine Berathungsgebühr, wohl aber die Gebühr aus No. 4 mit 12,50 Mk. zu liquidiren. In der zweiten und dritten Sitzung aber ist keine besondere gebührenpflichtige Verrichtung vorgenommen, denn die technische Anfertigung des Gebisses (No. 15 und 17) ist ausserhalb der Sitzung geschehen und für die Einpassung ist eine besondere Gebühr nicht ausgeworfen. Kann deshalb für die zweite und dritte Sitzung die Berathungsgebühr liquidirt werden? Die Frage wird zu verneinen sein, weil zur Ausführung des Auftrages auf Anfertigung des Gebisses auch die Einpassung gehört, die technische Arbeit erst dann vollendet ist, wenn das Gebiss passt.

Bei den zahntechnischen Verrichtungen (No. 15 bis 22) wird demnach die Sitzung ebenfalls durch die Gebühr für die Verrichtung abgegolten und die Erhebung der Berathungsgebühr (No. 1) nicht gerechtfertigt sein. Die Häufigkeit der Sitzungen mag gemäss § 3 Allgem. Bestimmungen in einer Erhöhung der sonst angemessenen Gebühr für die zahntechnische Verrichtung berücksichtigt werden.

¹⁰⁾ Wenn eine besondere Gebühr für die sich anschliessende Verrichtung nicht ausgeworfen ist, so ist entweder gemäss § 4 Allgem. Bestimmungen die Gebühr für eine ähnliche Leistung anzusetzen, oder wenn eine solche nicht aufzufinden ist, die Berathungsgebühr (No. 1).

- | | | |
|----|---|---------|
| 3. | Reinigung aller Zähne | 5—10 M. |
| 4. | Ausziehen eines Zahns oder einer Wurzel | 1—5 M. |
| | Beim Ausziehen mehrerer Zähne oder | |
| | Wurzeln in derselben Sitzung ¹¹⁾ für den | |
| | zweiten und die folgenden je die Hälfte, je- | |
| | doch nicht unter 1 M. | |

5. Für die Füllung einer Zahnhöhle ^{11a)}
 - a. mit plastischem Material 3—10 M.
 - b. mit Gold je nach der Grösse ¹²⁾ 10—30 M.
 - c. mit Zinn und Gold 5—15 M.
6. Für die Ueberkappung einer freiliegenden Zahnpulpa oder Extraction oder Abtödtung einer Zahnpulpa 2—4 M.
Bei Abtödtung mehrerer Zähne in derselben Sitzung für jeden folgenden Zahn die Hälfte.
7. Für jede antiseptische Behandlung einer Zahnhöhle oder eines Wurzelkanals 1—2 M.
8. Für Eröffnung eines Abscesses in der Mundhöhle und ähnliche einfache blutige Operationen im Munde 2—5 M.
9. Für grössere ¹³⁾ blutige Operationen im Munde 5—30 M.
10. Für das Abfeilen störender Ränder an einem Zahn 1—3 M.
Für dieselbe Operation an mehreren Zähnen in derselben Sitzung ¹¹⁾ für jeden folgenden die Hälfte.
Für die örtliche Betäubung bei ¹⁴⁾ einer Zahnoperation 2—5 M.
12. Für die allgemeine Betäubung bei ¹⁴⁾ einer Zahnoperation 5—10 M.
13. Für die Stillung einer übermässigen Blutung ¹⁵⁾ nach der Zahnoperation 2—4 M.

¹¹⁾ Wenn eine gleichartige manuelle Verrichtung an mehreren Zähnen vorgenommen wird, so ist nur für die erste Verrichtung der volle Satz zu zahlen, für alle folgenden nur die Hälfte. Voraussetzung der Ermässigung ist jedoch, dass sämtliche Verrichtungen in derselben Sitzung vorgenommen werden. Wird also nach Feststellung der

Erkrankung zweier Zähne in der einen Sitzung nur ein Zahn ausgezogen, der andere aber erst in der zweiten Sitzung, so ist auch für das Ausziehen des zweiten Zahnes der volle Satz der No. 4 zu zahlen.

^{11a)} Durch die Gebühr wird auch das Material selbst bezahlt; eine besondere Liquidation des Materials ist unzulässig.

¹²⁾ Bei dem beträchtlichen Werth des Goldes wird bei der Bemessung der Gebühr die Menge des verwendeten Goldes zwar in erster Reihe in Betracht kommen, aber nicht ausschliesslich; auch alle anderen Schätzungsmomente (§§ 2 und 3 Allgem. Best.) sind zu berücksichtigen.

¹³⁾ Ob eine „grössere“ blutige Operation vorliegt, wird eventuell ein Sachverständiger aus den vom Zahnarzt anzugebenden Umständen entscheiden müssen.

¹⁴⁾ Für die Betäubung (örtliche oder allgemeine) vor der und zum Zwecke der Zahnoperation werden die besonderen Gebühren der No. 11 und 12 liquidirt, obgleich die Betäubung nur die Vorbereitung der Operation ist und zu derselben gehört, weil hier eine besondere Mühewaltung und ein besonderes Mass von Vorsicht gefordert wird.

¹⁵⁾ Die Stillung der gewöhnlichen Blutung ist in der Gebühr für die Operation bezahlt; übermässig ist die Blutung dann, wenn sie über das bei derartigen Operationen gewöhnliche Mass hinausgeht. Ist die übermässige Blutung nur die Folge einer Ungeschicklichkeit des Zahnarztes, so kann für deren Stillung natürlich Nichts liquidirt werden.

14*). Findet eine der unter No. 4—10¹⁶⁾ aufgeführten Operationen in der Wohnung des Zahnkranken statt, so erhöht sich die für dieselbe ausgeworfene Gebühr um . . . 3—10 M.
Nachts um 5—15 M.

*) Die Gebühr der No. 1 ist verschieden abgestuft, je nachdem die Berathung in der Wohnung des Arztes oder in der des Patienten, und je nachdem sie bei Tage oder

bei Nacht stattfindet. Es entspricht dies der in allen Gebührenordnungen berücksichtigten Verschiedenheit des Masses der Mühewaltung. Dieselben Gründe für die Differenzierung der Gebühren liegen, ebenso wie bei der einfachen Berathung, auch bei den manuellen Verrichtungen vor. Die Gebührenordnung hat dieser Verschiedenheit auch Rechnung getragen dadurch, dass die Sätze der No. 4 bis 10 für die darin aufgeführten Verrichtungen nur gelten, wenn dieselben in der Wohnung des Zahnarztes und bei Tage ausgeführt werden. Bei Ausführung in der Wohnung des Zahnkranken oder bei Nacht tritt eine Erhöhung der betreffenden Gebühr in Form einer Zusatzgebühr ein. Man kann die erstere Erhöhung eine „Besuchsgebühr“, die zweite Erhöhung eine „Nachtgebühr“ nennen, die zur gewöhnlichen Verrichtungsgebühr hinzutreten. Der Wortlaut der No. 14 macht es aber zweifelhaft, ob für die Verrichtung bei Nacht, wenn dieselbe in der Wohnung des Zahnarztes vorgenommen wird, eine Nachtgebühr (Erhöhung der gewöhnlichen Gebühr) verlangt werden kann, ob nicht vielmehr die Nachtgebühr dadurch bedingt ist, dass die Verrichtung des Nachts in der Wohnung des Patienten vorgenommen wird. Eine solche Auslegung würde allerdings dem Wortlaute entsprechen, aber doch allzusehr dem berechtigten Grundgedanken einer jeden ärztlichen Gebührenordnung, wie er übrigens auch in No. 1 zum Ausdruck gelangt ist, widersprechen. Man wird deshalb auch für Verrichtungen in der Wohnung des Zahnarztes, wenn sie Nachts ausgeführt werden, eine Nachtgebühr bewilligen müssen; fraglich kann aber ferner werden, in welcher Höhe? Der Wortlaut der No. 14 bietet auch hier wieder Schwierigkeiten. Man wird annehmen müssen, dass die Gesamt-Zusatzgebühr bei Tage 3 bis 10 Mk., bei Nacht 5 bis 15 Mk. betragen soll, so dass der Unterschied der Zusatzgebühr zwischen Tages- und Nachtleistung nur 2 bis 5 Mk. beträgt, die Nachtgebühr also auch bei einer Leistung in der Wohnung des Zahnarztes nur in Höhe von 2 bis 5 Mk. in Ansatz kommen kann.

Nehmen wir z. B. den Fall, dass der Zahnarzt um 12 Uhr Nachts zu einem Zahnkranken gerufen wird, dem er zwei Zähne auszieht, so würde er hierfür als Mindestgebühren zu liquidiren haben $1 + 1 + 5 = 7$ Mk. Käme der Patient zum Zahnarzt, so wären $1 + 1 + 2 = 4$ Mk. zu liquidiren. Für dieselben Leistungen am Tage würde der Zahnarzt bei Verrichtung in seiner Wohnung $1 + 1 = 2$ Mk., bei Verrichtung in der Wohnung des Zahnkranken $1 + 1 + 3 = 5$ M. zu liquidiren haben.

¹⁶⁾ Die No. 3, 11, 12, 13 sind deshalb nicht mit aufgeführt, weil sie nur begleitende Nebenumstände der Verrichtungen der No. 4 bis 10 sind, und zwar stellt sich die No. 11 und 12 als besonders zu bezahlende Vorbereitung, die No. 13 als Schlussakt einer Zahnoperation dar. Die No. 3 könnte allerdings auch als selbständige Verrichtung in Betracht kommen; die Subsumirung derselben unter No. 14 mag wohl deshalb unterlassen worden sein, weil eine solche Verrichtung in der Wohnung des Zahnkranken oder bei Nacht wohl kaum vorkommen dürfte. Eventuell würden diese Umstände hier nur gemäss § 3 Allgem. Bestimmungen auf die Höhe des Ansatzes einwirken können, eine Zusatzgebühr aber nicht begründen.

- | | | |
|-------|--|----------|
| 15+). | Für die Anfertigung einer Platte aus Kautschuk für künstlichen Zahnersatz . . . | 8—10 M. |
| 16. | Für Reparatur einer solchen Platte die Hälfte. | |
| 17. | Für jeden an derselben Platte befestigten Zahn | 5—10 M. |
| | Für Blockzähne mehr um je | 2—5 M. |
| 18. | Für Klammern oder Einlagen aus Edelmetall zur Befestigung oder Verstärkung einer Kautschukplatte | 5—10 M. |
| 19. | Für Anfertigung einer Zahnersatzplatte aus Edelmetall wird ausser dem Metallwerth berechnet | 20—30 M. |

20. Für jeden an einer solchen Platte (Nr. 19)
befestigten Zahn 10—15 M.
21. Für Ansetzung eines Stiftzahns 10—20 M.
22. Für Federn nebst Federträgern aus Gold
an einem ganzen Gebiss 20—30 M.

Der Preis für die Anfertigung von Obturatoren, von Schienenverbänden bei Kieferbrüchen, von Apparaten zum Zweck der Rechtstellung schief stehender Zähne oder anderen zahntechnischen Apparaten, sowie für Kronen- oder Brücken-Arbeiten bleibt der freien Vereinbarung überlassen¹⁷⁾.

Berlin, den 15. Mai 1896.

Der Minister
der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.
B o s s e.

†) Die No. 15 bis 22 enthalten die zahntechnischen Verrichtungen. Es handelt sich hierbei zwar im Wesentlichen um Herstellung von gewerblichen Produkten; da dieselben aber zum Gebrauche am menschlichen Körper bestimmt sind und ihre Brauchbarkeit durch Erfüllung medizinisch-wissenschaftlicher Voraussetzungen bedingt ist, so können auch diese Leistungen noch als ärztliche angesehen werden. Die Bemessung der Gebühr innerhalb des Spielraumes wird sich sowohl nach den Faktoren, welche den Werth des Produktes bestimmen, als auch nach den §§ 2 und 3 Allgem. Bestimmungen richten.

¹⁷⁾ Kommt eine Vereinbarung nicht zu Stande, so muss ein Sachverständiger über Angemessenheit des geforderten Preises entscheiden.

Anhang.

A.

Gesetz

betreffend die den Medicinalbeamten für die Besorgung gerichtsarztlicher, medicinal- oder sanitätspolizeilicher Geschäfte zu gewährenden Vergütungen vom 9. März 1872 (Ges.-S. 1872 S. 265).

In der Fassung der Verordnung vom 17. September 1876 (Ges.-S. 1876 S. 411).

§ 1.

Die Medicinalbeamten erhalten für medicinal- und sanitätspolizeiliche Verrichtungen, welche sie im allgemeinen staatlichen Interesse an ihrem Wohnorte oder innerhalb einer Viertelmeile von demselben zu vollziehen haben, ausser ihrer etatsmässigen Besoldung keine andere Vergütung aus der Staatskasse, als eine Entschädigung von 15 Sgr. für Fuhrkosten bei jeder einzelnen Amtsverrichtung.

Ist die Verrichtung durch ein Privatinteresse veranlasst, so haben sie von den Betheiligten, ausser den etwaigen Fuhrkosten, eine Gebühr bis zu 5 Rthlrn. für den Tag zu beanspruchen, wobei sie berechtigt sind, die Zeit in Ansatz zu bringen, welche auf das

zu erstattende Gutachten nothwendig verwendet werden musste.

Das Gleiche gilt gegenüber den Gemeinden, wenn die Thätigkeit der Medicinalbeamten für solche ortspolizeilichen Interessen in Anspruch genommen wird, deren Befriedigung den Gemeinden gesetzlich obliegt.

§ 2.

Die Medicinalbeamten erhalten für amtliche Geschäfte in einer Entfernung von nicht weniger als zwei Kilometern von ihrem Wohnort Tagegelder und Reisekosten nach den folgenden Sätzen:

I. In gerichtlichen Angelegenheiten:

1) Kreisphysiker, Kreiswundärzte und pp.

A. an Tagegeldern 9 Mark

B. an Reisekosten

a) bei Dienstreisen, welche auf Eisenbahnen oder Dampfschiffen gemacht werden können, für das Kilometer 13 Pfennige und für jeden Zu- und Abgang 3 Mark,

b) bei Reisen, welche nicht auf Eisenbahnen oder Dampfschiffen zurückgelegt werden können, für das Kilometer 50 Pfennige;

2) pp.

II. In allen anderen Fällen:

1) Kreisphysiker, Kreiswundärzte und pp.

A. an Tagegeldern 12 Mark

B. an Reisekosten

a) bei Dienstreisen, welche auf Eisenbahnen oder Dampfschiffen gemacht werden können, für das

Kilometer 13 Pfennige und für jeden Zu- und Abgang 3 Mark.

- b) bei Dienstreisen, welche nicht auf Eisenbahnen oder Dampfschiffen zurückgelegt werden können, für das Kilometer 60 Pfennige;

2) pp.

Die Reisekosten werden für die Hin- und Rückreise besonders berechnet.

Bei Berechnung der Entfernungen wird jedes angefangene Kilometer für ein volles Kilometer gerechnet.

Bei Reisen von nicht weniger als 2 Kilometern, aber unter 8 Kilometern, sind die Reisekosten für 8 Kilometer zu gewähren.

Haben erweislich höhere Reisekosten, als die unter I. und II. festgesetzten, aufgewendet werden müssen, so werden diese erstattet.

§ 3.

Für alle von Gerichten oder anderen Behörden ihnen aufgetragenen Geschäfte haben die Medicinalbeamten, soweit sie nicht gemäss § 1 oder durch bereits bestehende besondere Bestimmungen, oder vermöge privatrechtlichen Titels, zu unentgeltlicher Dienstleistung verpflichtet sind, nach folgenden Sätzen zu liquidiren:

- 1) Für Abwartung eines Termins 2 Rthlr. und insofern der Termin über drei Stunden dauert, für jede folgende ganze oder angefangene Stunde 15 Sgr.

Diese Sätze finden auch Anwendung für die Zuziehung zur mündlichen Hauptverhandlung in

Untersuchungssachen, und zwar werden dieselben, wenn die Zuziehung an mehreren Verhandlungstagen stattgefunden hat, für jeden Tag besonders berechnet.

- 2) Für die Besichtigung eines Leichnams ohne Obduktion (einschl. der Terminsgebühr) 2 Rthlr.
- 3) Für den Bericht hierüber (zu 2), falls derselbe nicht sofort zu Protokoll gegeben wird 1 Rthlr.
- 4) Für die Besichtigung und Obduktion eines Leichnams (einschl. der Terminsgebühr) . . 4 Rthlr.

War der Leichnam bereits 6 Wochen oder länger begraben, oder hatte derselbe 14 Tage oder länger im Wasser gelegen, so sind für die Besichtigung und Obduktion einschliesslich der Terminsgebühr 8 Rthlr. zu bewilligen.

- 5) Für den vollständigen Obduktionsbericht
2 6 Rthlr.
- 6) Für jedes andere mit wissenschaftlichen Gründen unterstützte, nicht bereits im Termin zu Protokoll gegebene Gutachten, es mag dasselbe den körperlichen oder geistigen Zustand einer Person oder eine Sache betreffen 2—8 Rthlr.

Die höheren Sätze sind insbesondere dann zu bewilligen, wenn eine zeitraubende Einsicht der Akten nothwendig war, oder die Untersuchung die Anwendung des Mikroskops oder anderer Instrumente oder Apparate erforderte, deren Handhabung mit besonderen Schwierigkeiten verbunden ist.

- 7) Für die Ausstellung eines Befundscheines ohne nähere gutachtliche Ausführung 1 Rthlr.

Wenn Medicinalbeamte sich zur Reinschrift ihrer Berichte oder Gutachten (Nr. 3. 5. 6.) fremder Hilfe bedienen, sind ihnen Kopialien zum Satze von 2 Sgr. 6 Pfennige zu bewilligen.

§ 4.

Der bei der Besichtigung oder Obduktion eines Leichnams zugezogene zweite Medicinalbeamte erhält für den Bericht 1—3 Rthlr.

Sind zwei Medicinalbeamte zu einem gemeinschaftlichen Gutachten über den Gemüthszustand eines Menschen aufgefordert, so erhält jeder derselben die Gebühr (§ 3 Nr. 6).

§ 5.

Beansprucht der Medicinalbeamte in den Fällen des § 3 die dort festgesetzten Gebühren, so erhält er für den Tag, an welchem das Geschäft selbst vorgenommen wird, keine Tagegelder.

§ 6.

Sind zu der verlangten sachkundigen Ermittlung besondere Vorbesuche nöthig, so ist, falls nicht die Voraussetzungen vorliegen, unter denen Tagegelder und Reisekosten liquidirt werden dürfen, für jeden Vorbesuch eine Gebühr von 1 Thaler zu bewilligen.

Für mehr als drei Vorbesuche passirt die Gebühr nur insoweit, als die Vorbesuche auf ausdrückliches Verlangen der requirirenden Behörde gemacht sind.

§ 7.

Nichtbeamtete Aerzte und Thierärzte erhalten, wenn sie zu vorstehend (§§ 1—6) bezeichneten Verrichtungen amtlich aufgefordert

werden, in Ermangelung anderweiter Verabredung, dieselben Gebühren, Tagegelder und Reisekosten, welche den beamteten Aerzten oder Thierärzten zustehen.

§ 8.

Macht eine gerichtliche oder medicinalpolizeiliche Feststellung die Zuziehung eines Chemikers nothwendig, so erhält derselbe für seine Arbeit, einschliesslich des Berichts, eine Gebühr von 4 bis 25 Thalern.

Die verwendeten Reagentien und verbrauchten Apparate; sowie etwaige Auslagen für Benutzung eines besonderen Locals, sind ihm neben der Gebühr zu vergüten.

§ 9.

Bei Apothekenvisitationen erhält der medicinische Kommissarius an seinem Wohnort 2 Thaler Tagegelder, ausserhalb desselben reglementsässige Reisekosten und Tagegelder.

Der pharmaceutische Kommissarius erhält Reisekosten und Tagegelder nach dem den Kreisphysikern zustehenden Satze; ausserdem 15 Silbergroschen für jede revidirte Apotheke als Ersatz für verbrauchte Reagentien.

§ 10.

Insoweit die Gebühren vorstehend nicht nach festbestimmten Sätzen geregelt sind, ist der im einzelnen Falle anzuweisende Betrag nach der Schwierigkeit des Geschäfts und dem zur Ausrichtung desselben erforderlich gewesenem Zeitaufwande festzusetzen. Diese Festsetzung hat, wenn sich Bedenken gegen die Angemessenheit des liquidirten Betrages ergeben,

die zuständige Regierung oder Landdrostei endgültig zu bewirken.

§ 11.

Das vorstehende Gesetz tritt mit dem 1. April 1872 in Kraft.

Alle diesem Gesetze entgegenstehenden Bestimmungen werden hierdurch aufgehoben.

B.

Gerichtliche Geltendmachung des Honorars (nebst Formularen).

Die Frage, ob und wann der ärztliche Gebührenanspruch entstanden ist, gegen wen er sich richtet, und in welcher Höhe er anzusetzen ist, ist bei Erläuterung der Gebührenordnung des Näheren erörtert, so dass hier der Hinweis auf diese Erörterungen genügt.

Für die gerichtliche Geltendmachung und Beibehaltung der Honorarforderung kommt in Betracht:

I. Die Anstrengung eines Prozesses.

Die Deutsche Civilprozessordnung hat für derartige Fälle zwei Arten des Verfahrens:

1. Das Mahnverfahren. (§§ 628—644 C.-P.-O.)

Dasselbe ist zu empfehlen, wenn voraussichtlich der Schuldner keine Einwendungen erheben wird. Sind Einwendungen zu befürchten, so empfiehlt sich dieses Verfahren trotz seiner Billigkeit nicht, weil eine Ver-

zögerung der Erledigung um 3—4 Wochen unvermeidlich ist.

Das Mahnverfahren ist ohne Rücksicht auf die Höhe des Anspruchs zulässig. Es wird eingeleitet durch das Gesuch des Arztes um Erlass eines Zahlungsbefehls. Das Gesuch ist an das Amtsgericht desjenigen Ortes zu richten, an welchem der Schuldner seinen Wohnsitz hat; falls der Schuldner im deutschen Reich keinen Wohnsitz hat (wie z. B. ein ausländischer Badegast), ist das Amtsgericht zuständig, in dessen Bezirk sich das Vermögen des Schuldners (z. B. seine Equipirung) befindet. Das Gesuch muss nach § 630 C.-P.-O. enthalten:

1. die Bezeichnung der Parteien nach Namen, Stand oder Gewerbe und Wohnort,
2. die Bezeichnung des angegangenen Gerichtes,
3. die bestimmte Angabe des Betrages und des Grundes des Anspruchs,
4. das Gesuch um Erlassung des Zahlungsbefehls.*)

Das angegangene Amtsgericht erlässt sodann einen Zahlungsbefehl, durch welchen dem Schuldner

*) Als Formular für das Gesuch mag dienen:

„Das Königliche Amtsgericht I Berlin ersuche ich um Erlassung eines Zahlungsbefehls an den Kaufmann Ernst Schulze in Berlin, Barutherstrasse 86, wegen 75 M. Forderung für denselben resp. seiner Familie im October 1897 geleistete ärztliche Dienste, nebst 5pCt. Zinsen seit 1. November 1897.

Berlin, den 1. Januar 1898. Dr. Friedrich Mueller,
prakt. Arzt,
Karlstrasse 17.“

aufgegeben wird, binnen einer vom Tage der Zustellung laufenden Frist von zwei Wochen bei Vermeidung sofortiger Zwangsvollstreckung den Arzt zu befriedigen oder bei dem Gerichte Widerspruch zu erheben. (§ 632.) Dieser Zahlungsbefehl muss dem Schuldner durch den Gerichtsvollzieher zugestellt werden; für die Zustellung sorgt indessen der Gerichtsschreiber, wenn nicht der Arzt in seinem Gesuche ausdrücklich erklärt hat, dass er selbst die Zustellung besorgen wolle, was dem Arzte immerhin die Nachnahmekosten des Gerichtsvollziehers erspart. Nach erfolgter Zustellung sendet der Gerichtsvollzieher dem Arzte den Zahlungsbefehl mit der Zustellungsurkunde zurück, und nun muss zunächst die Frist von zwei Wochen vom Zustellungstage ab abgewartet werden.

Der Schuldner hat das Recht, den Zahlungsbefehl durch einfachen Widerspruch bei Gericht unschädlich zu machen; der Arzt erhält von diesem Widerspruch Nachricht durch das Gericht.

Ist innerhalb der Frist ein Widerspruch dem Arzt nicht bekannt geworden, so kann derselbe sofort den Vollstreckungsbefehl beantragen. Geschieht dies aber nicht innerhalb 6 Monaten nach Ablauf der Frist, so verliert der Zahlungsbefehl vollständig seine Kraft. Behufs Erwirkung des Vollstreckungsbefehls wird der Zahlungsbefehl nebst Zustellungsurkunde an das Gericht gesandt.*)

*) Mit folgendem Antrage:

Das Königliche Amtsgericht I Berlin ersuche ich,

Der Vollstreckungsbefehl wird erlassen und auf den Zahlungsbefehl gesetzt, wenn der Schuldner nicht vorher Widerspruch erhoben hat. Der Vollstreckungsbefehl gelangt dann in die Hände des Arztes, der denselben dem Gerichtsvollzieher behufs Vornahme der Zwangsvollstreckung übergibt.

Hat der Schuldner Widerspruch erhoben, so muss, wenn die Forderung mehr als 300 M. beträgt, binnen 6 Monaten vom Tage der Benachrichtigung die Klage durch einen Rechtsanwalt beim Landgericht angestellt werden, widrigenfalls der Zahlungsbefehl vollständig kraftlos wird. Beträgt dagegen die Forderung nicht mehr als 300 M., so ersetzt der Zahlungsbefehl die Klage, und es kann nunmehr der Arzt den Schuldner zur mündlichen Verhandlung vor das Amtsgericht laden, welches den Zahlungsbefehl erlassen hat. *)

den anliegend mit Zustellungsurkunden überreichten, an den Kaufmann Ernst Schulze hier erlassenen Zahlungsbefehl für vorläufig vollstreckbar zu erklären.

Die mir erwachsenen Kosten des bisherigen Verfahrens betragen 1 M. 85 Pf.

Berlin, den 18. Januar 1898.

Dr. Friedrich Mueller,
prakt. Arzt,
Karlstrasse 17.

*) Dies kann in folgender Weise geschehen:

Ladung

in Sachen des prakt. Arztes Dr. Friedrich Mueller zu Berlin,
Karlstrasse 17

gegen

den Kaufmann Ernst Schulze zu Berlin, Barutherstr. 86.
Aktenzeichen des Mahnverfahrens: 50. B. 45. 98.

Mit dieser Ladung, welche nach erlangter Terminbestimmung dem Schuldner zuzustellen ist, ist der gewöhnliche Processweg beschritten. Da zur Begründung des Anspruchs in dem Gesuch um den Zahlungsbefehl, welcher die Klageschrift vertritt, nur kurze Angaben ohne Beweismittel gemacht sind, so empfiehlt es sich, jetzt entweder in der Ladung oder in einem besonderen Schriftsatze die detaillirte Begründung des Anspruchs unter Mittheilung einer ausführlichen Liquidation und der erforderlichen Beweismittel nachzuholen.

2. Das gewöhnliche Processverfahren. Beträgt die ärztliche Forderung mehr als 300 M., so kann die Klage nur durch einen Rechtsanwalt eingeleitet werden, wenn der Arzt nicht vorzieht, zunächst nur einen 300 M. nicht übersteigenden Theil seiner Forderung einzuklagen.

Nachdem der Mahnbeklagte gegen den ihm auf meinen Antrag am 3. Januar 1898 zugestellten Zahlungsbefehl Widerspruch erhoben hat, lade ich denselben zur mündlichen Verhandlung des Rechtsstreits vor das Königliche Amtsgerichts I zu Berlin. Ich werde beantragen:

1. den Beklagten zu verurtheilen, an mich 75 Mark nebst 5pCt. Zinsen seit 1. November 1897 zu zahlen und die Kosten des Rechtsstreits, einschliesslich der durch das Mahnverfahren entstandenen, zu tragen,
2. das Urtheil für vorläufig vollstreckbar zu erklären.

Berlin, 23. Januar 1898.

Dr. Friedrich Mueller,

prakt. Arzt,

Karlstrasse 17.

Beträgt dagegen die Forderung nicht mehr als 300 M., so kann die Klage ohne Beistand eines Rechtsanwalts beim Amtsgericht angestrengt werden. Zuständig ist jedenfalls dasselbe Amtsgericht, welches nach dem Vorangeschickten für den Erlass des Zahlungsbefehls zuständig wäre; es kann aber daneben auch die Zuständigkeit eines anderen Amtsgerichts begründet sein, doch ist dem Arzte die Anrufung eines anderen Gerichts wegen der Zweifelhaftheit der Zuständigkeitsfrage nicht zu empfehlen; nur wenn der Schuldner nach Empfang der ärztlichen Leistung verzogen ist, mag es angebracht sein, das Amtsgericht seines früheren Wohnsitzes (Gerichtsstand des Vertrages) anzurufen.

Der Process wird eingeleitet durch die Klage, welche nach § 230 C.-P.-O. enthalten muss:

1. die Bezeichnung der Parteien (nach Name, Stand oder Gewerbe und Wohnort) und des Processgerichts,
2. die bestimmte Angabe des Betrages und des Grundes des erhobenen Honoraranspruchs, sowie einen bestimmten Antrag,
3. die Ladung des Beklagten vor das Processgericht zur mündlichen Verhandlung des Rechtsstreits.

Die Begründung des Klageanspruchs wird sich naturgemäss aus zwei Theilen zusammensetzen. Im ersten Theile hat der Arzt die Thatfachen anzugeben, welche einen Honoraranspruch überhaupt zu begründen geeignet sind, also die Darlegung der ärztlichen Dienstleistung sowie derjenigen Momente, welche eine Zahlungspflicht des Beklagten herbeiführen (1). Im

zweiten Theile hat der Arzt die Höhe seines Honoraranspruchs zu begründen und zwar entweder eine getroffene Vereinbarung über die Höhe (2a) oder beim Mangel einer solchen die Taxmässigkeit und Angemessenheit seiner Sätze (2b) darzuthun. Im letzteren Falle wird sich die Beifügung einer möglichst detaillirten Liquidation empfehlen.*)

*) Zur Erklärung mögen die folgenden Formulare dienen. Der die Formalien enthaltende Kopf ist bei allen Klagen der gleiche, nur in der Art der Begründung unterscheiden sich die Klagen; natürlich können hier nicht alle, sondern nur die in der Praxis am häufigsten vorkommenden Fälle behandelt werden.

Berlin, 1. April 1898.

Klage

des prakt. Arztes Dr. Friedrich Mueller zu Berlin, Karlstrasse 17,

gegen

den Kaufmann Ernst Schulze zu Berlin, Barutherstr. 86 wegen Honoraranspruchs von 75 M. und Zinsen.

Ich werde beantragen:

1. den Beklagten kostenpflichtig zu verurtheilen, an mich 75 M. nebst 5pCt. Zinsen seit Klagezustellung zu zahlen, und
2. das Urtheil für vorläufig vollstreckbar zu erklären.

Zur mündlichen Verhandlung des Rechtsstreits lade ich den Beklagten vor das Königliche Amtsgericht I zu Berlin.

Begründung I.

1. Dem Beklagten habe ich im October 1897 auf sein Ansuchen die in der beigefügten Liquidation aufgeführten ärztlichen Dienste geleistet. Beweis: Eideszuschreibung.

2a. Die Ansätze meiner Liquidation sind als vereinbart anzusehen, da der Beklagte, nachdem ihm eine mit der

Die Klage wird in Urschrift mit zwei Abschriften dem Gericht zur Terminbestimmung überreicht; nachdem diese erfolgt ist, lässt der Gerichtsschreiber, falls nicht der Arzt erklärt hat, die Zustellung selbst veranlassen zu wollen, eine Abschrift dem Beklagten durch den Gerichtsvollzieher zustellen, der sodann die Klageurschrift, auf welcher sich nunmehr der Termin befindet, nebst den Zustellungsurkunden dem Arzte übersendet. Lässt sich der Arzt nicht vertreten, so muss er, zur Vermeidung einer Abweisung seiner Klage, im Termin selbst erscheinen und verhandeln, bis er ein Urtheil erlangt.

Wird der Beklagte verurtheilt, so beantragt der Arzt eine mit der Vollstreckungsklausel versehene (vollstreckbare) Ausfertigung des Urtheils, die er dem

beigefügten gleichlautende Liquidation am 1. November 1897 zugesandt worden, ohne jede Bemängelung derselben die Zahlung des Liquidationsbetrages am 1. December 1897 versprochen hat. Beweis: Eideszuschiebung.

oder:

2b. Die Ansätze meiner Liquidation entsprechen der Gebührenordnung vom 15. Mai 1896 und sind angemessen, wie der gerichtliche Sachverständige begutachten wird.

Begründung II.

1. Im October 1897 habe ich der Ehefrau (resp. dem Kinde) des Beklagten mit dessen Zustimmung die in der beigefügten Liquidation aufgeführten ärztlichen Dienste geleistet.

Beweis: Zeugniß der Ehefrau des Beklagten und Eideszuschiebung.

Zur Vergütung dieser Dienste ist der Beklagte gemäß § 187 A.-L.-R. II, 1 (resp. § 65 A.-L.-R. II, 2) ver-

Gerichtsvollzieher behufs Beitreibung seiner Forderung übergiebt.

Falls der Beklagte Einwendungen erhebt, wird es sich empfehlen, die Sache durch einen Anwalt weiterführen zu lassen. Die Anwaltskosten muss der unterliegende Beklagte erstatten.

II. Die Zwangsvollstreckung.

Auf Grund und unter Ueberreichung eines vollstreckbaren Schuldtitels, nämlich eines Vollstreckungsbefehls (siehe I No. 1) oder eines vollstreckbaren Urtheils (siehe I No. 2), kann die Zwangsvollstreckung betrieben werden und zwar:

1. durch Inanspruchnahme eines vom Arzt zu wählenden Gerichtsvollziehers, wenn die Pfändung von Sachen beabsichtigt wird;

pflichtet, selbst wenn er von der Dienstleistung keine Kenntniss genommen hätte.

2a oder 2b wie zu I.

Zu bemerken ist hierbei, dass gegen die Ehefrau selbst nur dann eine Klage begründet werden könnte, wenn der Ehemann zur Alimentation seiner Ehefrau ausser Stande gewesen und deshalb ein Anspruch gegen ihn nicht entstanden wäre.

Begründung III.

1. Im October 1897 habe ich dem im Haushalt des Beklagten dienenden Hausmädchen Auguste Otto die in der beigefügten Liquidation aufgeführten ärztlichen Dienste geleistet.

Beweis: Zeugniss des Hausmädchens Auguste Otto beim Beklagten sowie die Ehefrau des Beklagten.

2. durch Antrag beim Amtsgericht des Wohnsitzes des Schuldners, wenn die Pfändung einer Forderung des Schuldners beabsichtigt wird;

3. durch Antrag beim Amtsgericht des Ortes, an welchem ein Grundstück des Schuldners belegen ist, wenn die Zwangseintragung der Forderung oder die Subhastation des Grundstücks beabsichtigt wird.

Voraussetzung einer jeden Zwangsvollstreckung ist aber die vorherige oder gleichzeitige Zustellung des vollstreckbaren Schuldtitels an den Beklagten.

Ein näheres Eingehen sowie eine Darstellung der Voraussetzungen eines Arrestes würde hier zu weit führen, ist auch aus jedem Formularbuch leicht zu entnehmen.

III. Die Anmeldung der Honorarforderung im Concourse.

Fällt der Zahlungspflichtige in Conkurs, so ist eine Einklagung oder Beitreibung des Honorars nicht mehr möglich. Will der Arzt Befriedigung erlangen, so muss er seine Forderung zum Concourse anmelden.

Zu § 2 der „Allgemeinen Bestimmungen“ (S. 17) ist bereits hervorgehoben, dass der Arzt wegen gewisser Forderungen ein Vorrecht vor den

Der Beklagte hat von der Leistung dieser Dienste Kenntniss genommen und ihr nicht widersprochen.

Beweis: Eideszuschreibung.

Der Beklagte ist zur Vergütung dieser Dienste gemäss § 86 der Gesindeordnung vom 8. Novbr. 1810 selbst dann verpflichtet, wenn er von der Dienstleistung keine Kenntniss genommen hätte.

2a und b wie zu I.

anderen Concursgläubigern insofern genießt, als er Befriedigung vor denselben verlangen kann. Nach § 54 No. 4 der Concurssordnung sind bevorrechtigt:

„Die Forderungen der Aerzte*) wegen Kur- und Pflegekosten aus dem letzten Jahre vor Eröffnung des Verfahrens, insoweit der Betrag der Forderungen den Betrag der taxmässigen Gebühren nicht übersteigt.“

Das Vorrecht des Arztes unterliegt daher zwei Einschränkungen: nur die im letzten Jahre vor der Concurseröffnung entstandenen Forderungen sind bevorrechtigt, und auch diese nur in derjenigen Höhe, welche bei Anwendung der Bestimmungen der Gebührenordnung gerechtfertigt erscheint. Ist demnach das Honorar vereinbart, so muss dennoch der Arzt eine Liquidation nach der Gebührenordnung aufstellen, gleich als wenn eine Vereinbarung nicht vorläge, und nur diese genießt das Vorrecht. Der übrige Theil, sowie die früher als ein Jahr vor Concurseröffnung entstandenen Forderungen sind aber nicht etwa verloren, sie geniessen nur kein Vorrecht und sind deshalb als einfache Concurssforderung ohne Vorrecht anzumelden.

In dem bezeichneten Umfange sind bevorrechtigt alle Forderungen, bezüglich derer der Gemeinschuldner dem Arzte zahlungspflichtig ist (Note 1 zu § 2), also nicht nur das Honorar für Behandlung des Gemeinschuldners selbst, sondern auch seiner Ehefrau, Kinder, Dienstboten etc. In gleicher Weise sind neben den

*) Auch die Zahnärzte haben dieses Vorrecht, selbst für zahntechnische Leistungen; vgl. Blätter f. Rechtspflege 1894 S. 61.

Kurkosten auch die Pflegekosten bevorrechtigt, was für den Arzt als Inhaber einer Privatkrankenanstalt von Bedeutung ist.

Die Anmeldung der Forderung muss innerhalb der bei Concurseröffnung vom Gericht festgesetzten Anmeldefrist beim Concursgericht (Amtsgericht) schriftlich oder zu Protokoll des Gerichtsschreibers geschehen; sie hat nach § 127 Concursordnung die Angabe des Betrages und des Grundes der Forderung sowie des beanspruchten Vorrechtes zu enthalten; etwaige urkundliche Beweisstücke, z. B. schriftliches Anerkenntniss, sind in Urschrift oder Abschrift beizufügen. Zweckmässigerweise wird sich demnach die Anmeldung an die für die Klageformulare gegebene Begründung anschliessen.*)

Die angemeldete Forderung wird dann im sog. Prüfungstermine erörtert; wird die Forderung oder das beanspruchte Vorrecht weder vom Concursver-

*) Hier mögen 2 Formulare zur Erklärung dienen, wobei angenommen wird, dass der Concurs am 1. April 1898 eröffnet ist.

1. Für den einfachen Fall, dass Dienste innerhalb des letzten Jahres geleistet sind, und ein Honorar nicht vereinbart ist:

An das Königliche Amtsgericht I Berlin.

Zu den Acten betreffend den Concurs des Kaufmanns Ernst Schulze zu Berlin, Barutherstrasse 86.
Actenzeichen 76. K. 304. 98.

melde ich hierdurch mit dem Vorrechte aus § 54 No. 4 der Concursordnung diejenige Forderung im Betrage von 75 M. an, welche mir für ärztliche Dienstleistungen aus dem October 1897 nach der beigefügten, unter Anwendung der Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte vom 15. Mai

walter noch von einem Concursgläubiger bestritten, so gilt sie als festgestellt und wird bei einer demnächstigen Vertheilung eventuell mit ihrem Vorrecht berücksichtigt. Wird dagegen die Forderung oder das beanspruchte Vorrecht bestritten, so erhält der Gläubiger (also der Arzt) vom Gericht einen beglaubigten Auszug der Tabelle (in welche jede angemeldete Forderung eingetragen wird) und hat sodann gegen den Bestreitenden (Concursverwalter oder Concursgläubiger) Klage auf Feststellung seiner Forderung oder seines Vorrechtes zu erheben, und zwar je nach der Höhe des Streitgegenstandes (300 M. oder mehr) beim Amtsgericht oder Landgericht. Erlangt der Gläubiger (Arzt) ein rechtskräftiges, ihm günstiges Urtheil, so kann er die Berichtigung der Tabelle und damit die Auszahlung der Beträge beanspruchen, welche er bei sofortiger Feststellung erhalten hätte.

1896 aufgestellten Liquidation gegen den Gemeinschuldner zusteht.

Berlin, 1. Juni 1898.

Dr. Friedrich Mueller,
prakt. Arzt,
Karlstrasse 17.

2. Für den complicirten Fall, dass ein Jahreshonorar von 120 M. vereinbart und für die Zeit vom 1 Januar 1897 geschuldet wird:

An das Königliche Amtsgericht I Berlin.

Zu den Acten u. s. w.

melde ich hierdurch folgende Forderung an:

Seit dem 1. Januar 1897 habe ich den Gemeinschuldner und seine Familienangehörigen ärztlich behandelt. Als Jahreshonorar hierfür ist ein Be-

IV. Die Verjährung des Honoraranspruchs.

Wird der Honoraranspruch nicht innerhalb der Verjährungsfrist gerichtlich geltend gemacht, so ist der Schuldner berechtigt, die Zahlung zu verweigern. Das Gericht kann jedoch eine spätere Klage nicht von Amtswegen, sondern erst dann abweisen, wenn der Beklagte mit Erhebung des Verjährungseinwandes dies verlangt.

Die ärztliche Forderung verjährt nach dem im Gebiete des A.-L.-R. giltigen Verjährungsgesetz vom 31. März 1838, dessen Bestimmungen später auch im Gebiete des gemeinen Rechts eingeführt sind, in vier Jahren, im Gebiete des französischen Rechts (Rheinprovinz) nach Art. 2272 des code civil in einem Jahre, in Zukunft nach dem deutschen B. G.-B. § 196 No. 14

trag von 120 Mark vereinbart worden. Bis zum 1. April 1898, dem Tage der Concurseröffnung, steht mir daher ein Anspruch von 150 M. zu.

In der Zeit vom 1. April 1897 bis dahin 1898 habe ich dem Gemeinschuldner und seiner Familie die in der beigegeführten Liquidation verzeichneten ärztlichen Dienste geleistet, für welche mir bei Anwendung der Gebührenordnung für Aerzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896 die in der Liquidation aufgeführten Sätze im Gesamtbetrage von 75 M. zustehen.

Für letzteren Betrag beanspruche ich das Vorrecht aus § 54 No. 4 der Concursordnung.

Berlin, 1. Juni 1898.

Dr. Friedrich Mueller,
prakt. Arzt,
Karlstrasse 17.

in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schlusse des Jahres, in welchem die Honorarforderung fällig geworden ist; sie wird unterbrochen durch Erhebung der Klage, Zustellung des Zahlungsbefehls im Mahnverfahren, durch Anmeldung zum Concourse sowie dadurch, dass der Schuldner dem Gläubiger gegenüber den Anspruch durch Abschlagszahlung, Zinszahlung, Sicherheitsleistung oder in anderer Weise anerkennt, nicht jedoch durch die blosse Mahnung.

Ist für den Anspruch ein rechtskräftiges Urtheil erlangt, so verjährt die Geltendmachung der Rechte aus demselben erst nach 30 Jahren.

C.

Praktische Beispiele für die Bemessung der Gebühren.

Wie die einzelnen Nummern des Tarifs unter Berücksichtigung der allgemeinen Bestimmungen in der Praxis anzuwenden, mag jetzt an einer Reihe von Beispielen gezeigt werden. Es sind dabei in den Fällen I—XI die Verhältnisse der Grossstadt, in den Fällen XII—XX diejenigen der kleinen Stadt und insbesondere des Landarztes berücksichtigt. Zugleich sind auch die Gebühren nach der Taxe von 1815 berechnet worden, so dass sich aus der Vergleichung die wesentlichen Unterschiede zwischen beiden Taxen ergeben.

I. Der Budiker Müller consultirt den Arzt in der Sprechstunde wegen seines Sohnes Franz, der an einem Lungen-spitzenkatarrh leidet; Franz sucht den Arzt am 1., 15. und 27. Juli 1897 auf und bringt am 15. Juli auf Veranlassung des Arztes sein Sputum zur Untersuchung auf Tuberkelbacillen mit. Was hat der Arzt für diese drei Consultationen incl. der microscopischen Untersuchung zu fordern? Antwort: 10 Mk. und zwar für die erste Consultation (nach No. 3) 3 Mk., für die beiden folgenden (nach No. 4) je 2 Mk. und ausserdem (nach No. 5 Abs. 2) für die Untersuchung auf Tuberkelbacillen 3 Mk., macht im Ganzen 10 Mk.

Nach der Taxe von 1815 könnte der Arzt liquidiren: für die erste Consultation höchstens $2\frac{2}{3}$ Mk., für die beiden folgenden je $1\frac{1}{3}$ Mk.; in Summa $5\frac{1}{3}$ Mk. Für die Untersuchung auf Tubercelbacillen durfte eine besondere Gebühr nicht beansprucht werden.

II. a) Das 7 Monate alte Kind des Schlächtermeisters H.*), der in der ersten Etage der Friedrichstrasse 5 Zimmer bewohnt, erkrankt an Brechdurchfall. Nachmittags um $\frac{1}{2}$ 5 Uhr wird nach dem Arzt geschickt und der letztere gebeten, unmittelbar nach der Sprechstunde das Kind zu besuchen. An den folgenden 15 Tagen besucht der Arzt das Kind je einmal, am 4. Tage spült er, da das Erbrechen nicht nachlässt, bei dem Besuch den Magen des Kindes aus; am 5. und 6. Tage macht er, da sich Collapserscheinungen zeigen, Injectionen von Campher und Aether. Der Arzt hat die Freude, das Kind zu retten und wird von den beglückten Eltern um die Rechnung gebeten. Dieselbe beläuft sich auf 65 Mk und setzt sich folgendermassen zusammen: für den ersten Besuch (nach No. 1 und No. 11) 10 Mk, für den 2., 3., 7. bis 15. Besuch je 3 Mk., macht 33 Mk.; die Gebühr für den 4., 5. und 6. Besuch bedarf einer besonderen Erläuterung. Für den vierten Besuch steht dem Arzt zu: Besuchsgebühr 3 Mk., ausserdem (nach No. 6 und 40) für die Ausspülung des Magens, die bei dem Kinde

*) Nachbar des Arztes.

gewisse Schwierigkeiten darbot, 9 Mk., im Ganzen also 12 Mk. (eventuell könnte hier noch, wenn der Arzt sich bei dem Kinde länger als eine $\frac{1}{2}$ Stunde aufhielt, nach No. 7 eine Versäumnissgebühr von 2 Mark für jede weitere halbe Stunde berechnet werden). Für den 5. und 6. Besuch steht dem Arzt zu: Besuchsgebühr 3 Mk. und für die subcutane Injection (nach No. 6 und 37) ausserdem je 2 Mk., im Ganzen 10 M. Die Liquidation für den Schlächtermeister beträgt demnach in Summa 65 Mk.; nach der Taxe von 1815 dagegen nur 35 Mk.; dabei wird für den 4. Besuch incl. Magenausspülung 5 Mk. berechnet, eine Forderung, die in der Höhe mindestens anfechtbar ist.

b) Handelt es sich dagegen um das Kind eines Hausdieners aus der Nachbarschaft, der Vermögen nicht besitzt und von einem Einkommen von 1050 – 1200 Mk. Steuern zahlt, so hätte der Arzt, da es sich um einen „nachweisbar Unbemittelten“ handelt, auch in Berlin nur die niedrigsten Sätze zu verlangen. Die Rechnung für den so characterisirten Hausdiener würde deshalb im Ganzen 25 Mk. betragen und zwar für den ersten Besuch 4 Mk., für den 2., 3., 7. bis 15. Besuch je 1 Mk., macht 11 Mk.; für den 4. Besuch (1 + 5) 6 Mk. und für den 5. und 6. Besuch je (1 + 1) 2 Mk. Nach der Taxe von 1815 durfte der Arzt hier liquidiren: für den ersten Besuch 2 Mk., für den 2., 3., 7. bis 15. Besuch je 1 Mk., macht 11 Mk., für den 4. Besuch incl. der Ausspülung höchstens 3 Mk. (fraglich ist, ob der Arzt überhaupt für diese Verrichtung besonders liquidiren darf) und für den 5. und 6. Besuch je 1,50 Mk. (ob übrigens eine Extragebühr von 0,50 Mk. für jede Injection — Erlass, betreffend die Honorirung einer subcutanen Injection vom 14. Januar 1874 Ministerial-Blatt, 1874, S. 51 — zulässig ist, ist mindestens zweifelhaft), im Ganzen also höchstens 19 Mk.

c) Nehmen wir weiter an, die nämliche Erkrankung betreffe das Kind des reichen Banquiers H. im Thiergarten, der ein Quartier von 10 Zimmern etwa in einer Entfernung

von 3 km von der Behausung des Arztes bewohnt; der Arzt wird für jede Leistung einzeln honorirt und es besteht keinerlei Verabredung in Betreff der Honorarhöhe. Die Liquidation für den genannten Herrn könnte nach den Bestimmungen der Gebührenordnung 182 Mk. betragen und lautet einzeln specialisirt wie folgt: Für den ersten Besuch (nach No. 1 und 11) 20 Mk. sowie (nach No. 17) Entschädigung für Fuhrkosten etwa 3 Mk. und für Zeitversäumniss (Hin- und Rückfahrt sowie Besuchszeit etwa 1 Stunde) ebenfalls 3 Mk., im Ganzen 26 Mk.; für den 2., 3., 7. bis 15. Besuch je 10 Mk. (vgl. No 16), macht 110 Mk.; für den 4. Besuch neben der Gebühr für den Besuch von 10 Mk. noch (nach No. 6 und 40) für die Magenausspülung 10 Mk. (der höchste Satz ist zulässig, da es sich um einen sehr vermögenden Mann handelt und die genannte Verriethung bei einem Kinde mit Schwierigkeiten verknüpft ist), im Ganzen 20 Mk.; für den 5. und 6. Besuch je 13 M. (nach No. 6 und 37) — ein Gesammthonorar von 182 Mk. wäre also nach der neuen Gebührenordnung vor Gericht leicht zu rechtfertigen. Wegen des Honorares nach der Taxe von 1815 vgl. Beispiel IIa.

III. Das 7 jährige Kind eines Packetfahrt-Briefträgers, dessen Frau eine sehr geschickte Damen-Schneiderin ist, erkrankt am 12. Juli 1897 Nachts 1 Uhr mit starkem Erbrechen und es wird deshalb aus der Nähe ein Arzt geholt. Die Vermuthung des Letzteren, dass es sich um beginnende Scarlatina handelt, bestätigt sich; das Kind wird, abgesehen vom Nachtbesuch, noch 30 mal am Tage vom Arzt besucht; 6 mal untersucht der Arzt den Urin des Kindes. Die Liquidation des Arztes beträgt 69 Mk. und zwar für den Nachtbesuch 9 Mk., für 30 Tagesbesuche je 2 Mk. (eine Verdoppelung des Honorarsatzes bei ansteckenden Krankheiten ist nach der neuen Gebührenordnung zwar nicht mehr zulässig, doch ist nach § 3 (vgl. Note 6a) eine Erhöhung der gewöhnlichen Gebühr zu rechtfertigen); für die Untersuchung des Harns ist eine besondere Gebühr nicht zulässig; vgl. Anmerkung 14.

Den gleichen Betrag würde der Arzt nach der Taxe von 1815 höchstens zu beanspruchen haben.

IV. Eine reiche Dame aus Afrika, die in einer im südlichen Theil der Friedrichstrasse befindlichen Familienpension wohnt, lässt sich von dem in demselben Hause wohnenden Arzt behandeln. Derselbe besucht sie dreimal, dann bezieht die Dame eine auf Schöneberger Gebiet gelegene Privatwohnung, die von der Behausung des Arztes etwa 4 km entfernt ist. Dort besucht sie der Arzt einmal und nimmt dabei eine Massage vor.

Der Arzt kann hier verlangen: für den ersten Besuch 10 Mk. (event. noch mehr, bis zu 20 Mk., wenn die Patientin sehr reich ist; ist der erste Besuch sofort oder zu einer bestimmten Stunde gefordert worden, so könnte der Arzt nach No. 11 die doppelten Sätze liquidiren); für die folgenden zwei Besuche je 6 Mk.; der vierte Besuch muss etwas ausführlicher besprochen werden. Derselbe ist zwar ausserhalb des Wohnortes des Arztes gemacht, die Wohnung der Patientin befindet sich aber nicht 1 km von der Berliner Grenze und es ist deshalb nach der allgemeinen Anmerkung zu No. 18 zu liquidiren, d. h. nur die Besuchsgebühr mit 10 Mk. und nach No. 6 und 34 für die vorgenommene Massage ausserdem 5 Mk. Die Dame hätte also nach der Gebührenordnung im Ganzen 37 resp. 47 Mk. zu zahlen.

Nach der Taxe von 1815 dagegen hätte der Arzt nur zu beanspruchen: für den ersten Besuch 4 M., für die beiden folgenden Besuche je 2 M. und für die bei dem vierten Besuch ausgeführte Massage nach einem Erlass des Ministers vom 11. November 1891 („der Arzt ist für jede von ihm eigenhändig in der Behandlung des Kranken ausgeführte Massage 2—5 Mk. zu fordern berechtigt“) 5 Mk. Dagegen darf er nach II, 1 der Taxe von 1815 ein Sostrum für den Besuch neben der Gebühr für die Massage nicht berechnen. Freie Fuhre hätte er auch nach der Taxe von 1815 nicht beanspruchen dürfen. Im Ganzen

hätte also der Arzt nach der Medicinaltaxe von 1815 höchstens 13 M. liquidiren dürfen.

V. Der reiche, 45jährige Amerikaner H., der in der ersten Etage des Central-Hotels wohnt, klagt nach dem Essen über Schwindel und erbricht stark; auf Wunsch seines Freundes übernimmt der diesem letzteren befreundete Arzt A., dessen Wohnung 25 Minuten von dem genannten Hotel entfernt liegt, die Behandlung. Er sucht sofort den erkrankten Amerikaner auf, findet ihn vollkommen bewusstlos und diagnosticirt aus dem starken Acetongeruch Coma diabeticum. Nach einer Consultation mit Prof F., die um 6 Uhr Nachmittags stattfindet, macht der Arzt durch das Schlundrohr eine Eingiessung von $\frac{1}{2}$ Liter Milch mit Ricinusöl, das der Kranke bei sich behält. Um 7 Uhr verlässt er den Kranken, kommt aber auf Wunsch des Freundes um 10 Uhr Abends noch einmal wieder und verweilt dort 2 Stunden am Krankenbett. Um 10 Uhr Vormittags findet eine zweite Consultation statt. Was hat der Arzt A., was Prof. F. zu liquidiren? Zunächst der Professor. Derselbe kann (nach No 12 und 17) liquidiren: für die erste Consultation 30 M., für Fuhrkosten (da seine Wohnung über 2 km vom Hotel entfernt ist) 5 M., für Zeitversäumniss (dieselbe betrug für Hin- und Rückfahrt $1\frac{1}{4}$ Stunde, für die Berathung beider Aerzte $\frac{1}{4}$ Stunde) pro halbe Stunde 3 M. macht 9 M.; als Gebühr für die erste Berathung würde also der Professor 44 Mark liquidiren können; für die zweite Berathung würde er (nach No. 13 und 17) 34 M. liquidiren können. Das Gesammthonorar für den Professor würde demnach 78 M. betragen.

Dem Arzte dagegen steht zu: für den ersten Besuch Besuchsgebühr (nach No. 11) 20 M., Fuhrkosten (nach No. 17) 3 M. und Entschädigung für Zeitversäumniss (je 25 Minuten Hin- und Rückfahrt, 10 Minuten Besuchsdauer) 6 M., im Ganzen 29 Mark. Für die erste Berathschlagung darf der Arzt liquidiren (nach No. 12) 20 M., für Fuhrkosten 3 M., Entschädigung für Zeitversäumniss (50 Minuten Hin- und Rückfahrt, 1 Stunde Aufenthalt

beim Patienten) für jede halbe Stunde 3 M., macht 12 M., für die Eingiessung von Milch mit Ricinusöl (nach No. 39) noch 5 M. (vgl. No. 6); in Summa 40 M. Für den Besuch um 10 Uhr Abends kann (nach No. 10) liquidirt werden: Besuchsgebühr 20 Mark, Fuhrkosten 5 M. (Nachtdroschke bei der Rückfahrt), Entschädigung für Zeitversäumniss (50 Minuten für Hin- und Rückfahrt, 2 Stunden verweilte der Arzt am Krankenbett) 18 M.; in Summa 43 M. Für die zweite Consultation steht dem Arzt (nach No. 13) zu: Gebühr für die Berathschlagung 15 M., Fuhrkosten 3 M., Entschädigung für Zeitversäumniss 6 M.; in Summa 24 M. Das Gesammthonorar für den Arzt würde sich demnach auf 136 M. belaufen.

Nach der Taxe von 1815 könnte der Professor für die beiden Consultationen (nach I. 16 und 17) nur 12 M. liquidiren. Dem Arzte stehen zu: für den ersten Besuch 4 M., für die Consultation 9 M., für den Abendbesuch (selbst wenn man ihn, was sehr zweifelhaft ist, als Nachtbesuch auslegt) 6 M. und für die zweite Consultation 3 M.; im Ganzen also nur 22 M. (freie Fuhre und Gebühr für Zeitversäumniss hätte der Arzt nicht beanspruchen dürfen).

Was das **Honorar für chirurgische Verrichtungen** anbetrifft, so ist zunächst daran zu erinnern, dass der Arzt, der irgend eine chirurgische Verrichtung vornimmt, neben der Gebühr für diese letztere (nach No. 6) auch die Gebühr für Besuch resp. Berathung zu fordern berechtigt ist, und zwar gilt dieses Princip Nachts durchgehends, während am Tage (7 Uhr Morgens bis 9 Uhr Abends) die Besuchsgebühr dann besonders liquidirt werden darf, wenn für die Verrichtung nach der Gebührenordnung nicht mehr als 10 M. zu zahlen ist (vgl. Anmerkung 20). Es liegt auf der Hand, dass gerade durch diese Be-

stimmung der No. 6 die Minimalsätze sich bei vielen Verrichtungen relativ beträchtlich erhöhen werden. Zu beachten ist hierbei noch, dass Verbandmittel (nach No. 41) dem Arzt besonders zu ersetzen sind. Im Folgenden sollen nur diejenigen chirurgischen Verrichtungen besonders berücksichtigt werden, die hier auch vom praktischen Arzt ausgeführt werden.

VI. Zu dem Arzt, der nicht Kassenarzt ist, kommt am Tage ein der Maschinenbauerkasse angehöriger Arbeiter mit einer leichten Quetschung des linken Zeigefingers. Der Arzt liquidirt dafür 4 M. und zwar (nach No. 3) Gebühr für die Berathung in der Wohnung des Arztes 1 M., für Naht und Verband einer kleinen Wunde (nach No. 48) 2 M. und für Verbandzeug 1 M. Nach der Taxe von 1815 wäre neben dem Verbandzeug (nach II. 74) höchstens 2 M zulässig.

VII. Das 5jährige Kind des wohlhabenden Kaufmanns A., der in der Nähe des Arztes die zweite Etage mit 6 Zimmern bewohnt, fällt beim Spielen auf der Strasse und zieht sich eine Radiusfractur zu. Der Arzt, der schleunigst gerufen wird, kommt und legt einen Gypsverband an; er besucht das Kind ausserdem zweimal, dann kommt das Kind mit seiner Mama fünfmal in die Sprechstunde des Arztes und am Ende der dritten Woche nimmt der Arzt in der Wohnung der kleinen Patientin den Gypsverband ab; beim zweiten Besuche trifft er auch für die zweijährige Schwester des Kindes, die an Verstopfung leidet, eine Verordnung. Was hat er nun für die Bemühungen im Ganzen zu liquidiren? Für den Gypsverband (nach No. 69e) 20 M. (wegen der Besuchsgebühr vgl. Anmerkung 20; daneben könnte nach No. 7 eine besondere Gebühr für Zeitversäumniss beansprucht werden); für den zweiten und dritten Besuch je 5 M. und für die Consultationen je 3 M.; für das Abnehmen des Gypsverbandes könnte der Arzt incl. der Besuchsgebühr 10 M. beanspruchen. Ausser der Gebühr für den zweiten

Besuch darf der Arzt (nach No. 9) für die Behandlung des zweiten Kindes noch die Hälfte der Besuchsgebühr, nach Anmerkung 36 also 3 M. verlangen. Die Liquidation für den Kaufmann A. würde sich also auf 58 M. belaufen. Nach der Taxe von 1815 kann der Arzt höchstens liquidiren: für den Gypsverband 12 M. (nach einer Ministerial-Verfügung vom 17. August 1825), für die 2 Besuche je 2 M., für 5 Berathungen (nach einem Ministerial-Rescript vom 16. Februar 1824 nur $\frac{2}{3}$ der Besuchsgebühr) je $1\frac{1}{3}$ M., für Abnahme des Gypsverbandes 2 M. (nur die Besuchsgebühr) und für das zweite erkrankte Kind (nach I, 5) noch ausserdem 1 M., in Summa $25\frac{2}{3}$ M.

VIII. Ein junger Mann in besseren Verhältnissen sucht den Arzt in der Sprechstunde wegen eines rechtsseitigen Bubo auf. Der Arzt incidirt und macht Einspritzungen mit Argentum nitricum-Lösungen; acht Tage wiederholt er diese Einspritzungen und legt regelmässig einen Verband an, damit der Patient seine gewohnte Thätigkeit beibehalten kann. Was hat der Arzt dafür zu liquidiren? Für die Verrichtung am ersten Tage darf er rechnen: für den Einstich in den Bubo, Argentum-Einspritzung und Verband (nach § 4 und No. 44) 6 M.; für die Berathung (vgl. No. 6) 5 M.; für die folgenden acht Verbandwechsel darf er rechnen Consultationsgebühr je 3 M. und Gebühr für den Verband (nach No. 49 Anmerkung nur die Hälfte des erstmaligen Verbandes) mit je 3 M., im Ganzen also 59 M.; Verbandmittel sind ausserdem zu vergüten, ebenso die Argentum nitricum-Lösung. Nach der Taxe von 1815 durfte der Arzt ausser Verbandmaterial liquidiren: für die Incision (etwa nach II. 59) 3 Mk., für die 8 folgenden Consultationen ($\frac{2}{3}$ der Besuchsgebühr von 2 Mk.) $10\frac{2}{3}$ Mk.; im Ganzen also $13\frac{2}{3}$ Mk.

IX. Ein Dienstmädchen mit einem Panaritium des rechten Zeigefingers kommt in die Sprechstunde des Arztes; derselbe incidirt dasselbe und verbindet den Finger noch dreimal. Was kann er dafür rechnen? Für die erste Incision und Verband (nach No. 44) 2 M.; ausserdem Gebühr

für die Berathung (nach No. 6) 1 M.; für die 3 folgenden Verbände je 1 M. (nach No. 49 Anmerkung) und je 1 M. Berathungsgebühr; in Summa also 9 M.; die Verbandmittel sind ausserdem zu ersetzen. Nach der Taxe von 1815 dagegen nur für die Incision (nach II. 74) 2 M., für die folgenden Consultationen je $1\frac{1}{2}$ M., in Summa 6 M.

Auch für das **Honorar für geburtshilflich-gynaekologische Leistungen** gilt das Princip, dass Nachts regelmässig neben der Gebühr für die betreffende Verrichtung auch die Gebühr für den Besuch resp. die Berathung zu entrichten ist; am Tage dagegen fällt die Besuchsgebühr fort, wenn für die Verrichtung mehr als 10 M. zu zahlen sind; vgl. Anmerkung 20.

X. Der Banquier Müller schickt seine Amme in die Sprechstunde des Arztes zur Untersuchung. Hier kann der Arzt nur für die Untersuchung liquidiren und zwar wäre dafür ein Satz von 10 M. (nach No. 163) wohl zu rechtfertigen. Die Taxe von 1815 hat keine Gebühr für die Untersuchung einer Amme (vgl. indess III. 12).

XI. Der Arzt wird Nachts 1 Uhr zu einer Kreissenden, der Frau des Restaurateurs A. gerufen, die seit dem Vormittag Wehen hat. Er findet Alles in bester Ordnung, den Kopf eingetreten und um 4 Uhr wird ein lebendes Kind geboren. Was kann er liquidiren, wenn der Restaurateur in seiner Nachbarschaft wohnt? Für den Nachtbesuch, der (nach No. 10) ausser der Gebühr für die Verrichtung zu liquidiren ist, 10 M., für die Entbindung 25 M. und ausserdem für Zeitversäumniss (nach No. 142) von 3 Uhr ab für jede angefangene halbe Stunde 3 M., also 6 M.; in Summa 41 M. Nach der Taxe von 1815 könnte der Arzt dagegen für die Entbindung (nach III, 1) nur 15 M. liquidiren (gleichgültig, ob dieselbe am Tage oder Nachts erfolgte), eine besondere Gebühr für Versäumniss würde ihm nicht vergütet werden.

Weitere geburtshilfliche Verrichtungen sind in dem Kapitel, das sich mit dem Arzt in der kleinen Stadt beschäftigt, für den diese Verrichtungen naturgemäss ein viel grösseres Interesse haben, abgehandelt.

Da die Höhe der Gebühr, abgesehen von den Minimalsätzen, sich auch nach den örtlichen Verhältnissen (§ 3) richtet, so liegt es auf der Hand, dass für ein und dieselbe Leistung je nach der Oertlichkeit ein verschieden hohes Honorar zu zahlen ist. Relativ am grössten wird naturgemäss das Honorar in den grossen und theuren Orten sein, am niedrigsten in kleinen Städten und auf dem Lande.

XII. In die Behausung eines Landarztes kommt ein Bauer mit einem Furunkel am rechten Unterarm, der schon Kuhlfladen und Spinngewebe aufgelegt hatte. Der Arzt incidirt und verbindet denselben und wiederholt den Verband noch zweimal. Was hat er dafür zu liquidiren? Für die erste Berathung 2 M. und für die Incision und den ersten Verband (nach No. 44) 3 M. (der höhere Satz rechtfertigt sich nach § 3, weil der Fall verschleppt war und einer gründlichen Desinfection bedurfte); für die folgenden Verbände (nach No. 49 Anmerkung) je 1,50 M. und je 1 M. Gebühr für die Berathung; im Ganzen also 10 M.; Verbandmittel sind ausserdem zu vergüten. — Nach der Taxe von 1815 hätte der Bauer (nach II. 74) zu zahlen: für den ersten Verband 2 M., für den folgenden höchstens je 1 M.; im Ganzen also 4 M. und die Verbandmittel.

XIII. Das 4jährige, einzige Kind des Ackerbürgers H., der 200 Morgen Land besitzt, erkrankt an Diphtherie. Der Arzt wird Morgens zwischen 7 und 8 Uhr gerufen und macht am Nachmittag eine Seruminjection. Trotzdem schreitet der Process in die Tiefe hinab und um 12 Uhr Nachts wird er gerufen und macht, nachdem

er das Kind „anchloroformirt“ hat, die Tracheotomie. Auf Wunsch der Eltern bleibt er vorläufig bei dem kleinen Patienten, wird aber zu einem andern Kranken über Land gerufen und verlässt das Kind um 4 Uhr Morgens. Die folgenden 3 Tage besucht er das Kind früh und Abends, dann noch 14 Tage je einmal. Am sechsten Krankheitstage erkrankte die Mutter, die an dem Bettchen ihres Lieblings Tag und Nacht gewacht hatte, ebenfalls an Diphtherie, genas aber in 10 Tagen unter steter Anwendung von Eiscompressen. Was kann der Arzt liquidiren? Zunächst das Honorar für die Behandlung des Kindes. Für den ersten Besuch, der sofort verlangt wurde, ist auch in einer kleinen Landstadt bei den günstigen Vermögensverhältnissen des Vaters ein Honorar von 10 M. nicht zu hoch; insbesondere dürfte auch die bei dem kleinen Kinde immerhin nicht leichte Inspection des Rachens (nach § 3) eine erhöhte Besuchsgebühr rechtfertigen. Für den zweiten Besuch kann der Arzt (nach No. 6) berechnen: Gebühr für den Besuch 3 M., daneben die Gebühr für die Serum-Injection (das Serum muss natürlich der Patient liefern oder dem Arzt ersetzen) nach § 4 und No. 37 mit 3 M. (der höchste Satz ist wegen der dabei zu verwendenden besonderen Sorgfalt wie Desinfection etc. gerechtfertigt). Hat sich der Arzt bei diesem Besuche länger als eine halbe Stunde aufgehalten, so kann er übrigens nach No 7 noch eine Entschädigung für Zeitversäumniss beanspruchen; in diesem Falle könnte er etwa pro halbe Stunde 2 M. berechnen. Der dritte Besuch, bei dem er die Tracheotomie vorgenommen hatte, war ein Nachtbesuch; der Arzt kann deshalb (nach No. 6) neben der Gebühr für die Verrichtung auch die Gebühr für den Nachtbesuch liquidiren; für den letzteren ist ein Satz von 10 M. (nach No. 10) nicht zu hoch. Für die Tracheotomie kann er hier, wo es sich um das einzige Kind eines wohlhabenden Mannes handelt, 50 ja selbst 100 M. liquidiren (der Umstand, dass dieselbe zur Nachtzeit gemacht wurde, rechtfertigt nicht etwa

eine Erhöhung der Gebühr; denselben Betrag könnte er auch am Tage nur dafür berechnen). Dagegen erhält er (nach No. 33 Abs. 2) für die Chloroformnarkose keine besondere Gebühr, da ihm für die Operation eine Gebühr von mehr als 10 M. zusteht. Neben dem Honorar für den Nachtbesuch und für die Tracheotomie steht ihm aber (nach No 7) noch eine Entschädigung für das Verweilen am Krankenbett zu und zwar für $3\frac{1}{2}$ -Stunden (die erste halbe Stunde wird nicht honorirt); dafür kann er, da die Verweilgebühr Nachts (nach No. 10) „das Zwei- bis Dreifache“ der Tagesgebühr betragen kann, pro halbe Stunde 4 M. berechnen (am Tage 1 50 bis 3 M.), im Ganzen also Verweilgebühr 28 M. Die Gebühr für den Nachtbesuch incl. derjenigen für Verrichtung und längeres Verweilen würde sich demnach insgesamt auf 88 M. belaufen. Für die drei folgenden Tage, an denen das Kind früh und Abends besucht wurde, wobei auch die Canüle gereinigt wurde, kann der Arzt pro Tag 5 M. berechnen; für die Besuche an den nächsten 14 Tagen je 3 M. Die Liquidation für das Kind würde danach in Summa 161 M. betragen. — Für die Behandlung der erkrankten Mutter kann der Arzt berechnen: für den ersten Besuch 3 M. (nach No. 9 die Hälfte der Sätze zu No. 1 und 2), für die folgenden 10 Besuche je 2 M., im Ganzen also 23 M. — Der Ackerbürger H. würde demnach für die Behandlung seiner Frau und des Kindes an den Arzt 184 Mk. zu zahlen haben.

Nach der Taxe von 1815 würde dem Arzt zustehen: für den ersten Besuch 8 M. (bei ansteckender Krankheit das Doppelte des gewöhnlichen Satzes), für die Serum-Injection die Besuchsgebühr von 4 M., für die Tracheotomie 36 M. (Gebühr für den Nachtbesuch fällt dabei fort), für Verweilen nach I. 13 keine besondere Gebühr, für die 3 folgenden Früh- und Abendbesuche je 2 M., für die Besuche in den folgenden 14 Tagen je 2 M.; im Ganzen 88 M. Für die Mutter des Kindes wäre zu liquidiren: für den ersten Besuch (nach I. 5) 4 M., für die folgenden 10 Besuche je 1 M.; im Ganzen also höchstens 102 M.

Bei den **Besuchen über Land** ist vor Allem die Frage zu entscheiden: wie weit liegt das Gehöft, in das der Arzt gerufen wird, von der Ortsgrenze und wie weit von der Behausung des Arztes entfernt? Damit die Bestimmungen für „Reisen über Land“ zur Anwendung kommen, ist es nämlich nothwendig, dass der Kranke mindestens 1 km von der Grenze des Wohnortes und 2 km von der Wohnung des Arztes entfernt ist. Für den Landarzt wird es deshalb empfehlenswerth sein, bei der Polizei oder beidem Katasteramt sich genauen Aufschluss darüber zu verschaffen, einmal wie weit die eigene Wohnung von dem Grenzstein seines Domizils entfernt ist und zweitens, wie gross die Entfernung der einzelnen Ortschaften, in die er eventuell gerufen wird, von seiner Ortsgrenze nach km beträgt.

XIV. Der Arzt wird bei Schneetreiben um 7 Uhr Abends zu dem Kind eines Bauern gerufen, der in einem Gehöft $\frac{3}{4}$ km von der Grenze und 1 km von der Behausung des Arztes entfernt wohnt. Nach welchen Grundsätzen liquidirt er hier für den Besuch und wie hoch beläuft sich seine Liquidation? Es handelt sich hier um einen sogenannten „sofortigen“ Besuch (No. 11); dagegen sind die Bestimmungen der No. 18 nicht anwendbar, weil die Wohnung des Kranken nicht 1 km von der Ortsgrenze und auch nicht 2 km von der Behausung des Arztes entfernt ist; auch die No. 17, die man per Analogie zur Bestimmung des zustehenden Honorares heranziehen möchte, ist nicht zu verwenden, denn die Wohnung des Kranken ist unter 2 km von der des Arztes entfernt. Man kann also hier nur auf No. 16 recurriren, d. h. für

Fuhrkosten und Zeitversäumniss nicht besonders liquidiren; dafür können aber bei der Besuchsgebühr die vorliegenden Verhältnisse berücksichtigt werden. Unter den obwaltenden Umständen ist daher ein Satz von 10 Mk. für diesen „sofortigen“ Besuch nicht zu hoch gegriffen. Nach der Taxe von 1815 wäre höchstens ein Satz von 4 M. zulässig (freie Fuhre würde dem Arzt in einem solchen Falle nicht zustehen).

XV. Der Arzt wird Nachmittags um 5 Uhr in ein 5 km entferntes Dorf zu der Frau des wohlhabenden Bauern R. gerufen, die an Pneumonie erkrankt ist. Der Arzt besucht die Patientin ausserdem noch 10 mal bei Tage, ausserdem wird er am 5. Krankheitstage wegen Collapserscheinungen Nachts um 11 Uhr gerufen, macht Aetherinjektionen und bleibt auf Verlangen des Mannes noch 2 Stunden bei der Kranken. Was kann er im Ganzen liquidiren? Für den ersten Besuch steht ihm zu: Besuchsgebühr (nach No. 11 das Doppelte des gewöhnlichen Satzes) 6 Mk., ferner Fuhrkostenentschädigung (nach No. 18) 5 Mk. (natürlich nur, wenn ihm das Gespann nicht geliefert wird; dagegen ist es gleichgültig, ob er radelt, reitet oder geht; in allen 3 Fällen kann er im Gegensatz zu der alten Taxe Fuhrkosten liquidiren); ausserdem (nach No. 20) Entschädigung für Zeitversäumniss bei der Hin- und Rückfahrt (für etwaige Besuchs-Versäumniss gelten die Bestimmungen der No. 7). die etwa eine Stunde dauert, 4 Mk. Im Ganzen kann der Arzt für den ersten Besuch 15 Mk. liquidiren (nach der Medicinaltaxe von 1815 erhielt der Arzt für einen solchen Besuch (nach I. 3) 3—6 Mk., Fuhrkosten wurden ihm nur dann entschädigt, wenn er die „wirklich gehabten Auslagen“ nachwies). Für die folgenden 10 Tagesbesuche liquidirt er: Besuchsgebühr 3 Mk. (der Besuch über Land rechtfertigt nicht einen höheren Satz), Entschädigung für Fuhrkosten und Zeitversäumniss (Hin- und Rückfahrt) wie oben 9 Mk.; im Ganzen für die 10 Besuche 120 Mk. (nach der Taxe von 1815 erhielt der Arzt für einen solchen Besuch (nach I. 4) nur 3 Mk.

und eventuell die Fuhrkosten). Für den Nachtbesuch kann der Arzt berechnen: Besuchsgebühr (nach No. 10) 9 Mk., Fuhrkosten 7,50 Mk. Entschädigung für die Zeitversäumniß und zwar für die Hin- und Rückfahrt (1 Stunde) 9 Mk. (bei Nacht ist auch hierfür nach Analogie von No. 7 der 2-3-fache Satz zulässig), und für das auf Wunsch des Ehemannes erfolgte Verweilen (nach No. 7) ebenfalls 9 Mk.; ausserdem ist (nach No. 6 und 37) für die Aetherinjektionen (der Betrag für den Aether muss ersetzt werden) eine Zuschlagsgebühr von 1,50 Mk. zulässig (bei Nachtbesuchen muss der Arzt neben der Besuchsgebühr für jede Verrichtung besonders honorirt werden). Somit kann der Arzt für den Nachtbesuch 36 Mk. liquidiren (nach der Taxe von 1815 dagegen nur (nach I. 10.) 9 Mk. und 7,50 Mk. Fuhrkosten; nach den Bestimmungen von I. 13. könnte er für das ausdrücklich verlangte, stundenlange Verweilen beim Kranken nichts liquidiren). Im Ganzen hätte also der Bauer R. für die Behandlung seiner Frau 171 Mk. zu zahlen (nach der Taxe von 1815 dagegen nur 107,50 Mk.), vorausgesetzt, dass der Arzt „die wirklich gehaltenen Auslagen“ für Fuhrkosten nachweist.

XVI. a) Abends um 11 Uhr wird der Arzt zu dem Kinde des Grafen von H. gerufen. Das Gut liegt 6 km von dem Wohnort des Arztes. der Graf hat sein eigenes Gespann geschickt, das Kind ist an Pseudocroup erkrankt, und der Arzt wird von dem Grafen gebeten, bis die bedrohlichen Erscheinungen nachgelassen, am Bettchen seines Kindes zu verweilen. Nachdem der Bellhusten verschwunden, schickt der Graf (wieder mit seinem Gespann) den Arzt nach Hause; um $\frac{1}{2}$ 3 Uhr kommt derselbe in seine Wohnung zurück. Was hat der Graf für den Nachtbesuch zu zahlen? Besuchsgebühr (nach No. 10) 50 Mk., für Fuhrkosten kann natürlich nichts liquidirt werden; Entschädigung für Hin- und Rückfahrt (1 Stunde) 18 Mk., für Verweilen am Krankenbette (2 Stunden, denn für die erste halbe Stunde ist nach No. 7 eine Gebühr nicht zu ent-

richten) 36 Mk.; im Ganzen also 104 Mk. (die hohen Sätze sind bei den Vermögensverhältnissen des Grafen zulässig.)

b) Handelt es sich bei der nämlichen Leistung um das Kind des Tagelöhners H., der auf dem Gute des Grafen arbeitet, so wäre zu zahlen: Besuchsgebühr 4 Mk., Fuhrkosten fallen weg, da der humane Graf den Arzt mit seinem Gespann abholen lässt; Entschädigung für Hin- und Rückfahrt 6 Mk., Verweilgebühr 12 Mk.; in Summa 22 Mk. (dagegen hätte nach der Taxe von 1815 selbst der reiche Graf (nach I. 9) nur 12 Mk. zu zahlen, da nach I. 13 stundenlanges Verweilen beim Kranken hier nicht besonders honorirt zu werden braucht).

XVII. Durch die Botenfrau bitten der Gastwirth A. und der Bauer B. den Arzt, im Laufe des Tages nach dem Dorfe H. zu kommen; dasselbe ist von dem Wohnort des Arztes 9 km entfernt und durch Eisenbahn zu erreichen. Bei A. hat sich die Tochter eine Malleolarfractur zugezogen, bei B. klagt der 7jährige Sohn über Halsschmerzen. Der Arzt, der 10 Minuten vom Bahnhof entfernt wohnt, fährt mit dem Zuge um 2.33 ab, kommt in dem Dorfe 2.50 an, kann erst wieder um 4.21 zurückfahren, ist um 4.37 im Wohnorte und etwa um $3\frac{1}{5}$ Uhr in seiner Behausung (hat also zu dem Besuche knapp $2\frac{1}{2}$ Stunden gebraucht). In dem Dorfe hat er bei der Tochter des Gastwirths einen Gypsverband angelegt und sich dabei etwa $\frac{1}{2}$ Stunde aufgehalten; zu der Untersuchung des kranken Kindes bei dem Bauern B. brauchte er $\frac{1}{4}$ Stunde. Da es bekannt wurde, dass der Arzt im Dorfe sei, bittet auch der Lehrer C. den Arzt, sein 5 jähriges Mädchen, das an Pertussis leidet, zu besuchen; in dem Bahnhofsrestaurant bittet die Tagelöhnersfrau D., die ein Unterschenkelgeschwür hat, den Arzt, sich ihren kranken Fuss anzusehen und „ihr etwas dafür zu geben“. Das thut der Arzt und nachdem er sein Bier ausgetrunken und bezahlt hat, kommt sein Zug und er fährt nach Hause. Was hat nun jeder einzelne, denen er seine Hilfe angedeihen liess, dem Arzt zu zahlen? Für den Lehrer und

die Tagelöhnersfrau gelten die Bestimmungen der No. 23. Danach hat der Lehrer für die Inanspruchnahme des Arztes 3 Mk zu zahlen (der niedrigste Satz, der hier überhaupt in Frage kommt, beträgt 2 Mk.) die Tagelöhnersfrau für die blosse Berathung 1 Mk. (falls der Arzt dabei einen Verband angelegt, hat er ausserdem nach No. 6 und 47 noch 1 Mk. zu beanspruchen). Anders liegt die Berechnung für den Gastwirth und Bauer, die gemeinschaftlich den Arzt haben kommen lassen. Für sie gelten die Bestimmungen von No. 18, 19, 20 und 22; danach steht dem Arzt neben der Besuchsgebühr (eventuell auch Gebühr für die Verrichtung) noch zu: Entschädigung für Zeitversäumniss und Fuhrkosten, welche (nach No. 22) A. und B. gemeinsam zu tragen haben. Für Fuhrkosten hat der Arzt (nach No. 19) zu beanspruchen: Retourbillet 2. Classe nach dem 9 km entfernten Dorf macht 0,85 Mk. (dabei kann der Arzt auch III. Classe gefahren sein), für Ab- und Zugang 1,50 Mk., im Ganzen Fuhrentschädigung 2,35 Mk. Für Zeitversäumniss hat er (nach No. 20) zu beanspruchen: $2\frac{1}{2}$ Stunden (da der nächste Zug erst 4,21 zurückging, hätte er noch etwa $\frac{3}{4}$ Stunden auf den nächsten Zug warten müssen, auch wenn C. und D. nicht seine Hülfe in Anspruch nahmen; A. und B., welche ihn haben kommen lassen, haben also die ganze Zeitversäumniss zu vergüten), für jede angefangene halbe Stunde 2 Mk., macht 10 Mk. — A., bei dessen Tochter der Arzt einen Gypsverband angelegt hat (Gypsbinden, Watte etc. sind dem Arzt besonders zu ersetzen), hat zu zahlen: für Einrichtung und Verband der Malleolarfractur (nach No. 69e) 15 Mk.: hier muss (nach No. 6) die Besuchsgebühr wegfallen. B. hat für die Hülfeleistung bei seinem an Diphtherie erkrankten Kinde eine Besuchsgebühr von 5 Mk. zu zahlen (da B. wohlhabend, und die Krankheit ansteckend, ist dieser Satz nach § 3 nicht zu hoch). Von der Entschädigung für Fuhrkosten und Zeitversäumniss hat danach zu tragen A. etwa $\frac{3}{4}$ oder 9 Mk., B. 3,35 Mk. Der Arzt könnte also liquidiren bei A. 24 Mk., bei B. 8,35 Mk., von C. 3 Mk., von D. 1 Mk.; im Ganzen 36,35 Mk.

Nach der Taxe von 1815 hätte zu zahlen: A. (nach II. 55) 18 M., B. 12 M. (nach I. 3 Verdoppelung des Satzes bei Diphtherie), C. höchstens 4 M., D. $1\frac{1}{3}$ M. Daneben wären dem Arzt „die wirklich gehaltenen Auslagen“ zu ersetzen; in welcher Weise die einzelnen Patienten hieran participiren, ist in der Taxe nicht gesagt.

XVIII. Auf einer Rundfahrt per Rad besucht der Arzt mehrere Patienten in den Dörfern Haussömmern (3,7 km von seinem Wohnort entfernt), Mittelsömmern (von Haussömmern 2,1 km), Hornsömmern (1,3 km), Kutzleben (4,5 km von Hornsömmern) und zurück nach seinem Wohnort (6 km von Kutzleben entfernt); im Ganzen hat er somit 17,6 km zurückgelegt. Diese Strecke legt er, da der Weg meist nicht chaussirt und sehr bergig ist, in 3 Stunden zurück (die auf die einzelnen Besuche verwendete Zeit ist dabei nicht mitgerechnet). In Haussömmern besucht er den Sohn des Bauern A., der Lungenblutungen hat, den Bauern B., der an Icterus erkrankt ist, macht bei dem wohlhabenden Besitzer C., der an Magenerweiterung leidet, eine Ausspülung (Aufenthalt 40 Minuten) und wird schliesslich auf das Gut gerufen, wo sich die Köchin die linke Hand verbrannt hat. In Mittelsömmern besucht er das Kind des Bauern D., das an Bronchopneumonie erkrankt ist und entfernt bei dem Sohn des Bauern E., der sich vor 4 Wochen eine Unterschenkelfractur zugezogen hatte, den Gypsverband. In Hornsömmern besucht er das Kind des Bauern F., das an Diphtherie leidet, legt dem Bauern G., der sich eine Fractur des Oberarms zugezogen hat, einen Gypsverband an (Aufenthalt etwas über $\frac{1}{2}$ Stunde) und besucht schliesslich die Tochter des Tagelöhners H., die an acutem Gelenkrheumatismus erkrankt ist. In Kutzleben besucht er die beiden scharlachkranken Kinder des dortigen Pfarrers sowie das 11jährige Mädchen des Rittergutsbesitzers, das ebenfalls an Scharlach erkrankt ist. Was hat jeder einzelne zu zahlen? Hier kommen zunächst die Bestimmungen der No. 22 in Anwendung; danach sollen die Gebühren für

Fuhrkosten und Zeitversäumniss (die auf die Hin- und Rückfahrt verwandte Zeit) bei einer Rundfahrt über Land auf die einzelnen Verpflichteten (wozu im vorliegenden Falle nicht der Gutsbesitzer in Haussömmern zu rechnen, für ihn gilt vielmehr nur No. 23) in angemessener Weise vertheilt werden. Die Fuhrkosten würden für die ganze Strecke etwa 10 Mk. betragen; die Entschädigung für Zeitversäumniss für die Hin- und Rückfahrt ($1\frac{3}{4}$ Stunden) pro angefangene halbe Stunde 2 Mk., macht 8 Mk. Diese 18 Mk. sind (nach No. 22) auf A., B., C., D., E., F., G., H. sowie auf den Pfarrer und Rittergutsbesitzer in Kutzleben zu vertheilen. In Haussömmern hat zu zahlen der Bauer A. und B. je 3 Mk.; der Bauer C. Besuchsgebühr 3 Mk., dazu kommt (nach No. 6 und 40) Gebühr für die Verrichtung 6 Mk. und (nach No. 7) für Zeitversäumniss beim Besuch 3 Mk., macht in Summa 12 Mk.; der Gutsherr hätte (nach No. 23) für den Besuch 5 Mk. zu zahlen (der „nachweisbar Unbemittelte“ hätte für dieselbe Leistung 2 Mk. zu entrichten), dagegen braucht er zu Fuhrkosten und Zeitversäumniss nichts zuzusteuern. In Mittelsömmern hat D. 3 Mk. zu zahlen, E. für die Entfernung des Gypsverbandes 6 Mk. (die Untersuchung, ob die Heilung normal erfolgt sowie die sich daran anschliessende Rathsertheilung rechtfertigen einen höheren Satz als die Besuchsgebühr, ausserdem muss man doch wohl das Abnehmen eines Gypsverbandes als Verrichtung ansehen, für die indessen eine analoge Position in der neuen Gebührenverordnung nicht vorhanden ist). In Hornsömmern hat F. 3 Mk. zu zahlen, H. 1 Mk. („nachweisbar Unbemittelter“); G. hat zu zahlen für den Gypsverband (Verbandmittel sind ausserdem zu ersetzen) nach No. 69d 13 Mk. (dafür fällt die Besuchsgebühr nach No. 6 fort) und Verweilgebühr bei dem Besuch (nach No. 7) 2 Mk., in Summa 15 Mk. Der Pfarrer in Kutzleben hat zu zahlen: für das erste Kind 4 Mk., für das zweite (nach No. 9) die Hälfte des Satzes von No. 2; hier wäre dafür 2 Mk. angemessen, im Ganzen 6 Mk. Der Rittergutsbesitzer (ein sehr vermögender Herr)

hätte für den Besuch seines Kindes 10 Mk. Besuchsgebühr zu entrichten. Die Entschädigung für Fuhrkosten und Zeitversäumniss von 18 Mk. würde sich danach so vertheilen, dass A., B., D. und F. davon je 1 Mk. zahlen; E. und der Pfarrer je 2 Mk.; C. und der Rittergutsbesitzer je 3 Mk.; G. 4 Mk. und H. (Tagelöhner) brauchte dafür nichts zu entrichten. Zieht man ihn ebenfalls heran, so hätte er zu den 18 Mk. etwa $\frac{1}{3}$ Mk. zuzusteuern. Nach dieser Aufstellung kann der Arzt liquidiren von A. und B. je 4 Mk., von C. 15 Mk., von dem Rittergutsbesitzer (in Haussömmern) 5 Mk., von D. 4 Mk., E. 8 Mk., F. ebenfalls 4 Mk., G. 19 Mk. H. 1 Mk., von dem Pastor 8 Mk. und dem Rittergutsbesitzer 13 Mk.; in Summa 85 Mk. Nach der Taxe von 1815 hätte der Arzt etwa liquidiren können (Fuhrkosten wären bei einer Rundfahrt per Rad nicht zu ersetzen): von A. und B. je 2 Mk. (I. 4), von C. 3 Mk., von dem Gutsbesitzer 5 Mk.; von D. 2 Mk., von E. 3 Mk., von F. 4 Mk. (ein doppelter Satz ist wegen der contagiösen Krankheit zulässig), von G. 12 Mk. (Ministerial-Verfügung vom 17. August 1825), von H. 2 Mk., von dem Pfarrer 4,50 Mk. und von dem Rittergutsbesitzer (Scharlach gehört nach einer Ministerial-Verfügung vom 3. April 1824 nicht zu den contagiösen Fiebern) nur 3 Mk., im Ganzen also 42,50 Mk.

XIX. Ein Arzt wird Nachmittags 3 Uhr zu der Frau eines reichen Bauern in das 5 km von seinem Wohnorte entfernte Dorf Gross U. gerufen. Die Frau blutet und die Untersuchung ergiebt, dass es sich um Placenta praevia lateralis handelt. Da der Muttermund etwa 5 Markstück gross ist, wendet der Arzt und zieht den einen Fuss herab. Nunmehr steht die Blutung. Nach 3 Stunden ist der Muttermund ganz verstrichen und da die kindlichen Herztöne nachlassen, so extrahirt der Arzt und hat die Freude Mutter und Kind zu retten. Was kann er liquidiren? Hier kommen die No. 18, 20, 142, 143 c. und d. in Anwendung. Der Arzt hat sich etwa $3\frac{1}{2}$ Stunden bei der Patientin aufgehalten; nach No. 142 hat er dafür 9 Mk. zu beanspruchen. Für Wendung und Extraction (für die Nar-

kose kann der Arzt nach No. 33 Absatz 2 nicht besonders liquidiren) stehen ihm nach No. 143c. und d. 100 Mk. zu (diese Gebühr ist nicht zu hoch, wenn man berücksichtigt, dass es sich um die Frau eines reichen Bauern handelt; ausserdem darf bei Placenta praevia ein besonderer Zuschlag berechnet werden). Was die Gebühr für den sofortigen Besuch betrifft, so wäre nach Anmerkung 20 die einfache Besuchsgebühr mit 6 Mk. zulässig. Weiter stehen dem Arzt zu: für Fuhrkosten 9 Mk (nicht zu hoch, da das Gespann erst in der 8. Stunde zurückkehrt); endlich nach No. 20 Entschädigung für die Zeit der Hin- und Rückfahrt (1 Stunde) 6 Mk; im Ganzen hätte also der Bauer dem Arzte 130 Mk. zu zahlen. Nach der Taxe von 1815 könnte der Arzt dafür nach III. 5 nur höchstens 36 Mk. und die „wirklich gehabt“ Fuhrkosten liquidiren.

XX. Der Arzt wird früh 8 Uhr zu der Frau des Tagelöhners H. in ein 7 km entferntes Dorf gerufen. Die Frau ist bereits vor 3 Stunden entbunden, die Placenta ist angewachsen. Der Arzt entfernt dieselbe und kann die Patientin in $\frac{1}{2}$ Stunde verlassen. Was kann er dafür liquidiren? Für die Entfernung der Nachgeburt berechnet er 10 Mk. (Gebühr für die eventuelle Narkose würde wegfallen); nach No. 6 darf der Arzt ferner eine Besuchsgebühr erheben, da für die Verrichtung nicht mehr als 10 Mk. entrichtet wird und zwar, da es sich um einen sofortigen Besuch handelt (nach No. 11) 4 Mk. An Fuhrkosten kann der Arzt, ob er zu Wagen fährt oder etwa radelt, nach No. 18: 6 Mk. verlangen. für die Zeit der Hin- und Rückfahrt nach No. 20 für jede halbe Stunde 1,50 Mk. (der Weg hin und zurück wurde in $1\frac{1}{2}$ Stunden zurückgelegt), also 4,50 Mk. Im Ganzen kann der Arzt 24,50 Mk. liquidiren. — Nach der Taxe von 1815 hätte der Arzt von dem Tagelöhner für diese Hilfeleistung nach III. 10 nur 6 Mk. und die „wirklich gehabt“ Fuhrkosten zu verlangen.

Sachregister.

(Die Ziffern bedeuten die Seitenzahlen.)

A.

- Abort 119.
Abscess 89.
Adenoide Wucherungen 99.
Aderlass 89.
Aehnlichkeit d. Leistung 40. 41.
Aenderungen d. Geb.-O. 6.
Alimentationspflicht begründet
Zahlungspflicht 19. 21.
Amme, Untersuchung 123. 124.
Amputation 191.
Amtsgericht, Zuständigkeit 140. 144.
Amtsgeschäfte, deren Honorirung
7. 183 ff.
Anästhesie, locale 81. 82.
Analoge Anwendung 38.
Angehörige 51. 52. 113.
Ansteckende Krankheit 36.
Antrum Highmori 102.
Anus praeternaturalis 105.
Anwendungsgebiet d. Geb.-O. 7.
Apothekenvisitation 138.
Apparate, zahntechnische 132.
Approbirter Arzt, Bedeutung 10.
App. Zahnarzt 12.
Arbeiterkrankenkasse 29.
Armenhaus 29.
Armenrecht 23.
Armenverband 25.
Arzt, Gebühren 42; hinzugezogener
A. 63. 118; zweiter A. 60. 61. 63. 83.
91. 113. 118. 120.
Ascites, Punktion 96.
Asphyktisches Kind 115.
Assistent 62.
Atherome 97.
Atresia ani 105.
Attest, kurzes 75. 76.
Aufhebung d. bisher. Taxen 2.
Auge, Operation 110—112. Spiegel
46. 48. 110. Untersuchung 110. 111.
Augenärztl. Verrichtungen 90. 110.
111. 112.
Ausländische Aerzte 10.
Autorität, ärztliche 11. 34.
- Bad 81.
Bauchhöhle, Punktion 96.
Beistand 60; bei Entbindung 62. 118.
121; bei Narkose 62; bei Operation 62.
91; bei Sektion 62.
Belgien, Staatsvertrag mit B. 10.
Bemessung d. Gebühr 37; Beispiele
153 ff.
Berathung, Begriff 43. 46; erste B.
42. 46; folgende B. 42. 46. 75; durch
Telephon 44; bei Tage 48. 49; Nachts
58; ausserhalb der Sprechstunde 59;
beim Landbesuch 66. 74. 75; beim
Zahnarzt 124. 126.
Berathschlagung 60. 61; erste B.
60; fortgesetzte 60.
Bereicherung 20.
Berufsgenossenschaft nicht pri-
viligirt 30.
Berufsmässige Leistung 12.
Bescheinigung 75.
Besuch, Begriff 43; erster B. 42. 44.
45. 54; folgende B. 42. 46. 54. 75;
bei Tage 48. 49; Nachts 52. 55. 57.
58; sofortiger oder zur bestimmten
Stunde 49. 50. 60; mehrere B. an
einem Tage 52; Besuchsgebühr neben

Verrichtungsgebühr 49; insbes. bei Entbindung 113. 117. 119. 120; B. über Land 65. 66. 69. 73.
 Betäubung bei Zahnoperation 128. 129; s. auch Narkose.
 Blase; Ausspülung 107; Punktion 96; Spiegel 107.
 Blutung; bei Entbindung 115. 120. 121; Stillung durch den Zahnarzt 128. 129.
 Bougie 85.
 Brief im Interesse d. Kranken 76.
 Brisement forcé 102.
 Brückenarbeiten, Gebühr d. Zahnarzts 132.
 Brusthöhle, Punktion 96.

C.

Castration 109.
 Cervixrisse 122.
 Concurs, Vorrecht der Gebühren 17. 149; Anmeldung im C. 149.
 Cystoscop 48. 82. 107. 108; s. auch Blase.
 Cystotomia 109.

D.

Dammriss 121. 122.
 Dampfschiff 66. 68.
 Dienstboten, Haftung d. Herrschaft 19.
 Dispensation von Prüfungen 11.
 Drainage des Gelenkes 102.

E.

Ehefrau. Haftung des Ehemanns 19; der Ehefrau 147.
 Ehrverlust, Zurücknahme der Approbation bei E. 11.
 Eierstock, Punktion 96.
 Einspritzung; subcutane 84; in die Harnröhre 84; wiederholte E. 85.
 Eisenbahn 66. 68.
 Empyemoperation 105.
 Entbindung 112. 113. 114. 119; Verweilgebühr 113. 114. 116; Besuchsgebühr 113. 114; Zeitversäumniss-

gebühr 117; natürliche E. 114. 115 künstliche E. 117; bei Placenta praevia 117.
 Entfernung, Berechnung der E. 67.
 Ergänzung der Geb.-O. durch den Minister 6; durch Analogie 38.
 Ermässigung der Gebühr 53. 54.
 Ersatzpflichtiger 21.
 Exarticulation 101.

F.

Fahrt per Rad, Omnibus, Pferdebahn 65. 66; Eisenbahn oder Dampfschiff 66; Rundfahrt 66. 73. 74.
 Familie, Behandlung einer F. 53. 54.
 Federn, Federträger, Anfertigung 132.
 Fehlgeburt 119.
 Folgender Besuch (Berathung) s. Besuch (Berathung); keine Ermässigung beim Zahnarzt 125.
 Fractur 50. 99; complicirte 100.
 Fremdkörper 95. 96; Entfernung eines F. 95.
 Frühgeburt 119.
 Fürsorgepflicht 19.
 Fuhrkosten 58—61. 64—66. 68. 72. 91; am Wohnort 63. 64; ausserhalb d. Wohnorts 69; beim Zahnarzt 125.
 Fuhrwerk 66; eigenes F. 66. 68.
 Furunkel 92.

G.

Gastroskop 47. 86.
 Gebärmutter 122.
 Gebühren für Aerzte 42 ff; für Zahnärzte 124 ff; für den Hauptarzt 62; für den Assistenten 62; für mehrere Aerzte 62.
 Gebührenordnung, deren Bedeutung und Wesen 6.
 Geburtshilfliche Verrichtungen 90. 112.
 Gefängniss 55. 79.
 Gerichtliche Geltendmachung der Gebühren 139 ff.
 Gerichtsarzt, Gebühren d. G. 133 ff.
 Geschwülste 96.

Gesinde, Haftung der Herrschaft 19.
 Gewerbeordnung (§ 80) 5; (§ 148
 No. 8) 6.
 Goldplomben 123. 129.
 Grenzverkehr der Aerzte 10.
 Gutachten 75. 76; mehrerer Aerzte
 76; im amtlichen Auftrage 136.
 Gynäkologische Verrichtungen 90.
 112.
 Gypsverband 94.

II.

Haemorrhoidalknoten 106.
 Harnröhrenfistel 107. 122.
 Hasenscharte 104.
 Hausarzt 15.
 Hernien 105.
 Hoden 109.
 Honorarforderung, Entstehung 13.
 17; gerichtliche Geltendmachung 139 ff;
 Verjährung 152.
 Hospitäler als milde Stiftungen 29.
 Hilfskassen, eingeschriebene 30.
 Hydrocele 96.
 Hydrotherapeutische Einwicke-
 lung 83.

J.

Jahreshonorar 15.
 Impfung 80; Lymphe 80.
 Injection, subcutane 82. 84; von
 Antitoxin 85; Spritze 85; Medica-
 mente 82. 84.
 Instrumente 87.

K.

Kaiserschnitt 120.
 Katheter 87.
 Katheterismus der Eustachischen
 Trompete 97. 98; der Harnblase 106;
 der Thränenwege 110.
 Kehlkopf, Spiegel 46; Entfernung
 von Fremdkörpern 95; Operation 99;
 Pinselung, Insufflation 99; Exstir-
 pation 104.
 Kephalotripsie 117.
 Kieferresektion 102.

Kinder, Haftung des Vaters 19. 21.
 Klage 144.
 Klumpfuß 102.
 Klystier 84.
 Knappschaftskassen 29.
 Knochen, Aufmeisselung 102; Splitter
 95; Tumoren 97.
 Krankenschein 76. 136.
 Krankheitsbericht 75. 76. 136.
 Kronenarbeiten (Zahnarzt) 132.

L.

Landarmenverband 25.
 Landarzt, Gebühren des L. 69 ff. 166 ff.
 Laparotomie 105.
 Lebensrettungsprämies. Prämie.
 Leiche 76. 77; Section 76. 77; Sec-
 tionsbericht 76; im amtlichen Auftrag
 136; Leichenschau 76. 136.
 Leistungen, ähnliche 12. 39.
 Liquidation, Beispiele 153 ff.; Ein-
 klagung 145 ff.
 Lithotriphie 107. 109.
 Löffel, scharfer 89.
 Luxation 103; veraltete 104.
 Lymphe 80.

M.

Magen, Einführung einer Sonde 86
 Ausspülung 86.
 Mahnverfahren 139 ff.
 Mandel 99.
 Manuelle Vorrichtung des Zahn-
 arztes 126.
 Massage 83; Besuchsgebühr 83.
 Mastdarm - Rohr, Einführung 85;
 Eingießung 85; Fistel 106. 122;
 Vorfall 106.
 Medicamente 84—86. 91. 94. 97.
 Medizinalgeschäfte 7. 133.
 Microscopische Untersuchung 46;
 des Harns 48.
 Milde Stiftung 28.
 Minimalsätze 16. 22. 57. 64.
 Minister, Zuständigkeit 6.
 Ministerialrescripte, Verwend-
 barkeit 16.

Mittelohr, Operation 98.

Muttermal 97.

Muttermund 122.

N.

Nachgeburt, Entfernung 115. 120. 121.

Nachliquidation 14. 15; bei Unbemittelten 24.

Nachschau bei Impfungen 80.

Nachts 49. 55. 126; Nachtbesuch 55—57. 70. 71; Gebühren 55; für den Zahnarzt 124. 131; Fuhrkosten 56; Zeitversäumniss 56; Operation 91.

Nachweisbar Unbemittelte 24.

Nagel, eingewachsener 101.

Nähmaterial 93. 94.

Naht und Verband 93.

Narkose 81. 82; Besuchsgebühr 81; N. und Operation 81—83. 91. 101; zweiter Arzt 83; bei Entbindungen 112. 113. 118. 120.

Nase, Ausstopfung 98; Polyp 99.

Nerven, Durchschneidung 95; Isolirung 95; Dehnung 95.

Nichtbeamtete Aerzte, Gebühren für Geschäfte im amtlichen Auftrage 137.

Niederlande, Staatsvertrag 10.

Niedrigste Sätze 22.

Nützliche Verwendung 20.

O.

Obduktion, als Amtsgeschäft 136. im Privatauftrage 76.

Obturatoren 132.

Oertliche Taxe 35.

Oertliches Anwendungsgebiet der Geb.-O. 7.

Oesterreich, Staatsvertrag 10.

Oesophagus, Entfernung von Fremdkörpern 95; Eröffnung 104.

Oesophagoscop 47. 86; Einführung des Schlundrohres 86; bei Strikturen 86.

Ohr, Spiegel 46; Katheterismus d. Eustachischen Trompete 97; Luft-einblasen 97; Einspritzungen 97.

Operation 61. 93. 94; mehrere Aerzte 91; bei Nacht 91.

Ortsarmenverband 25.

Ortsgrenze 67.

Ortskrankenkassen 30.

Ortsübliche Fuhrlohnpreise 68.

Osteotomie 102.

P.

Panaritium 92.

Paraphimose 107.

Paukenhöhle 98.

Penis, Absetzung 107.

Pensionsanstalten 55.

Pessar, Erstattung des P. 123.

Pfändung 147.

Phimose 107.

Phlegmone 92.

Placenta praevia 117; centralis 118.

Plastische Operationen 104; Pl. Material 128.

Polizeibehörde gebührenpflichtig 9. 28.

Polyp 99.

Praemief. Wiederbelebung 77. 78. 79.

Prinzipien der Geb.-O. 3.

Professor, Approbation 11; Gebühren 11. 34.

Prozessverfahren 143 ff.

Pulsader, Geschwulst 94.

Punktion der Hydrocele

R.

Rachen, Polyp 99.

Recept 47. 124.

Reichsfiscus nicht privilegiert 28.

Reinigung der Zähne 127. 131.

Reise über 10 Stunden 66. 91.

Reisekosten 66. 72; beim Zahnarzt 125; für Amtsgeschäfte 134.

Resektion 102; der Rippen 102.

Rundfahrt 66. 73. 74. 171.

S.

Sachverständiger, Ernennung 8;
Gebühren 7. 135.
Scheide, Spiegel 46; Ausspülung
119; Fistel 122.
Schienenverbände 132.
Schwangerschaft 112.
Schweiz, Staatsvertrag 10.
Schwierigkeit der Leistung 31. 34.
Sectio alta 109.
Section s. Leiche.
Sehnen 95.
Sitzung 126. 128.
Sonden, Einführung 86.
Spezialist 11. 34.
Spiegel, Gebühr für Anwendung des
Sp. 46. 47. 107.
Staar, Operation 111.
Staatsfonds 27. 78.
Staatsverträge 10.
Stiftung, milde 28.
Streckverband 94.
Strom, elektrischer, konstanter, in-
ducirter 84.
Symphysiotomie 117.

T.

Tag 48. 49. 53; Besuche 59; Berath-
schlagung 60. 61.
Tagegelder für Amtsgeschäfte 134.
Tamponade, der Scheide 119; der
Nase 98.
Taxe, Bedeutung der T. 5.
Terminsgebühr für Amtsgeschäfte
135 ff.
Todtenschein 76. 77.
Tracheotomie 104; bei Nacht 56.
Transfusion 109.
Trepanation 102.
Trommelfell 98.

U.

Ueberschreitung der Taxe nicht
strafbar 6.
Unbemittelter 22.
Unglücksfälle 9. 28.

Unnütze Leistung 13.
Unterbindung 94.
Untersuchung des Kranken 45. 46;
besonders eingehende U. 46. 47. 50.
65. 70. 72. 90. 107; mit dem Spiegel
46. 48; mikroskopische 46; mit dem
Scheidenspiegel 113. 122. 124; mit
dem Augenspiegel 110. 111.
Urethrotomie 107.

V.

Varicocele 109.
Verband 92; erster V. 92. 93. 99.
103; folgender V. 92. 94. 97. 99;
100. 101. 103. 107; einfacher V. 93;
Streckverband 94.
Verbandmaterial 87. 91. 94. 97.
100.
Vereinbarung des Honorars 13 ff.
Vergiftungen 79.
Verhältnisse, örtliche 35.
Verjährung der Honorarforderung
152.
Vermögenslage 35.
Verordnung 46. 124. 125.
Verpflichtung zur Zahlung 17 ff.
69. 74. 79.
Verrichtung, Begriff 39; 42. 43. 48.
73. 89. 90. 95. 106. 110; Gebühr für
V. 48. 50. 90; bei Nacht 55. 58; bei
Tage sofort 60; Fortfall der Besuchs-
gebühr 49. 65; beim Landbesuch 67.
70; Ermässigung der Gebühr 87. 88;
besondere V. 89; wundärztliche V.
89; augenärztliche V. 90. 110; ge-
burtshilfliche V. 90. 112; gynäkolo-
gische V. 90. 112; Narkose 91; Ge-
bühr mehrerer Aerzte 91.
Vertrag mit dem Arzt 18.
Verweilgebühr 51. 63. 67. 70. 73.
86. 88. 90. 92. 95; bei Nacht 52. 55.
57. 72. 108; bei Entbindungen 113.
114. 116. 119.
Vollstreckungsbefehl 142.
Vorbesuche, Gebühr für V. 137.
Vorrecht im Concourse 17. 149.

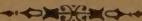
W.

Waisenhaus 29.
 Warzenfortsatz 98.
 Wendung 117.
 Widerspruch gegen Zahlungsbe-
 fehl 141. 142.
 Wiederbelebung Scheintodter 77;
 scheintodter Kinder 79. 115; Ge-
 bühr 77; Prämie 77—79; Nachbe-
 handlung 77.
 Wohnort des Arztes; innerhalb des
 W. 56—59. 61. 63. 64; ausserhalb
 des W. 58. 65. 66.
 Wohnung 46. 126.
 Wunde 89; kleine, grössere 93; Naht
 und Verband 93; Erweiterung der
 W. 89.

Z.

Zahlungsbefehl 140.
 Zahlungsfähigkeit 35.

Zahlungspflicht 17.
 Zahnarzt 12. 43; Gebühren 124 ff.
 Zahnersatzplatte, Anfertigung 127.
 131.
 Zahnhöhle, Plombiren 128.
 Zähne, Ausziehen 127.
 Zange 117.
 Zehrkosten 68. 72.
 Zeitaufwand 32. 34; beim Zahnarzt
 keine Geb. 125.
 Zeitversäumniss 51. 52. 61. 64.
 65. 73. 91; bei Tage 59; bei Nacht
 57. 72; am Wohnort 63. 64; ausser-
 halb des Wohnortes 66. 69; bei Ent-
 bindungen 117.
 Zentralbehörde s. Minister.
 Zunge 104.
 Zurücknahme d. Approbation 11.
 Zusammengewachsene Finger
 oder Zehen 101.
 Zwangsvollstreckung 147.
 Zwillingsgeburt 114. 116.



Verlag von OSCAR COBLENTZ in Berlin W. 35.

	Preis Mk.
Die neue preussische Medicinaltaxe historisch entwickelt. Von Dr. <i>Heinrich Joachim</i> , Berlin. 2. veränderte und vermehrte Auflage	2,50.
Social-hygienische Betrachtungen über den modernen Sport mit besonderer Berücksichtigung des Radfahrens. Von Dr. <i>Albert Albu</i> , Arzt in Berlin	1,—.
Deutschland voran! Die deutsche Tropenhygiene-För- schung. Von Dr. <i>E. Below</i>	—,50.
Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren. Von Dr. <i>Leopold Casper</i> , Privatdocent an der Universität Berlin	1,80.
Ueber die Verbreitung und Verhütung der Augenerterung der Neugeborenen. Von Prof. med. et phil. <i>Hermann</i> <i>Cohn</i> , Breslau	3,—.
Die französische und niederländische Tropenhygiene. Eine vergleichende Charakteristik. Von Dr. <i>K. Däubler</i> , München	1,80.
Die Pathologie der Schutzpocken-Impfung. Von San.-Rath Dr. med. <i>L. Fürst</i> , Berlin	2,25.
Genie und Entartung. Eine psychologische Studie. Von Von Dr. <i>William Hirsch</i> , mit einem Vorwort von Prof. Dr. <i>E. Mendel</i> . 2. Auflage	6,—.
Betrachtungen über die Jungfrau von Orleans vom Stand- punkte der Irrenheilkunde. Von Dr. <i>William Hirsch</i>	—,75.
Die Autoscopie des Kehlkopfes und der Luftröhre (Besich- tigung ohne Spiegel). Von Dr. <i>Alfred Kirstein</i> , Berlin	1,50.
Klin. u. experiment. Beiträge zur Pathogenese der mercuri- - riellen Stomatitis und Salivation von Dr. <i>Alfred Lanz</i> , Privatdocent in Moskau. Mit einer Lichtdrucktafel	8,—.
Die äussere Untersuchung der Gebärenden (mit 21 Abbil- dungen). Von Dr. <i>Robert Müllerheim</i> , Frauenarzt in Berlin	2,—.
Taubstummheit. Von Dr. <i>Holger Nygaard</i> , Kopenhagen	6,—.
Aerztliche Anweisungen für Mütter kranker Kinder (in Mappe cartonirt). Von Dr. <i>H. Neumann</i> , Privat- docent in Berlin	1,50.
Medicinische Deontologie. Ein kleiner Katechismus für angehende Praktiker. Von Dr. <i>Julius Pagel</i> , Arzt und Privatdocent in Berlin	1,80.
Skizze einer allgemeinen Diätetik für Magenkranke. Von Dr. <i>Gert Parvitz</i> , Berlin	2,—.